



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N°241

**La prévalence du trouble dysphorique au cours du  
syndrome prémenstruel dans la région Souss Massa  
Drâa**

---

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/09/2022

PAR

**Mlle. Leila ARJDAL**

Née le 29/04/1991 à RABAT

**Médecin interne au CHU Souss Massa d'Agadir  
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

---

MOTS-CLÉS

Prévalence - Trouble dysphorique prémenstruel - Facteurs de risque

---

JURY

**Mme N. EL ANSARI**

Professeur d'Endocrinologie

PRESIDENT

**Mme. I. ADALI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

**Mme. B.FAKHIR**

Professeur de gynécologie obstétrique

JUGE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ قَوْلُ اللَّهِ الْعَظِيمِ

(سورة البقرة)

# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,  
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.  
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.  
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades  
sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles  
traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération  
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales  
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*



*LISTE DES PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRARATION**

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anésthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anésthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie- réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique

DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anésthésie-réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anésthésie- réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie- virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anésthésie- réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anésthésie- réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

#### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio- vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie- cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anésthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

#### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio- organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie- virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie



			environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie-orthopédie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste Arrêtée Le 03/03/2022



*DÉDICACES*



*Sois reconnaissant envers les gens qui te rendent heureux. Ils sont les jardiniers qui font fleurir ton âme." Marcel Proust*



*Je dédie cette thèse*

### *A mes précieux parents*

*Je tiens à vous remercier du fond du cœur, de m'avoir mis au monde, de m'avoir hissé et supporté tout au long de votre vie, d'avoir su me nourrir d'amour et d'attention, de force et de détermination, de m'avoir toujours encouragé, d'avoir tout donné pour faire éclore mon potentiel, et faire de moi la femme accomplie que je suis aujourd'hui.*

*Je ne saurais trouver les mots pour exprimer ma gratitude et la fierté que j'ai d'avoir des parents aussi merveilleux que vous.*

*A mon cher papa, je n'ai jamais cessé de t'admirer, tu représentes ma plus grande source d'inspiration et d'ambition. Dans les couloirs du CHU, je suis fière d'entendre que je suis ta fille, tu es un excellent chirurgien, de grande renommée, et mon rêve est de me hisser à la hauteur de la gloire que tu connais. Tu as toujours su me relever et m'encourager à repousser mes limites. T'avoir comme père me remplit de fierté et de force. Je t'aime du fond de mon cœur et je ferais toujours l'impossible pour que tu sois fier de moi. Que dieu te bénisse et te protège.*

*A ma maman adorée, ton dévouement et ton amour inconditionnel ont toujours été infaillibles. Ta présence et ton soutien ont toujours su marquer le coup. Tu es ce rayon de soleil qui a toujours dissipé mon brouillard intérieur, mon point d'équilibre, et tu resteras ma plus grande source d'amour. Tu es la plus merveilleuse des mamans et je te remercie sincèrement d'avoir su m'éduquer et m'élever au rang noble de médecin.*

### *A ma sœur, houda arjda*

*Tu es une seconde mère pour moi, ta bienveillance et ton amour m'ont toujours accompagné, depuis ma tendre enfance, et continuent de s'exprimer jusqu'à ce jour. Tu es*

*ma confidente, ma complice, ma partenaire, celle sur qui je pourrais toujours compter.  
Saches que mon amour pour toi est infini et ma fierté infinie de t'avoir comme sœur.*

*A mes petits frères, Badr et Nouaman Arjda*

*Malgré nos chamailleries, notre enfance a été marquée de joie, d'humour, de jeu, et  
d'innocence. Je vous porterai toujours dans mon cœur, et n'hésiterais jamais à me  
déployer pour vous. Je vous aime.*

*A mes meilleures amies, Dyane Fatem zahra, Sahar El Harouak, Afaf Errabih, nous  
nous sommes toujours soutenues, dans le meilleur comme dans le pire, nous avons vécu  
nos meilleurs moments d'amitié ensemble, et même si aujourd'hui la distance nous sépare,  
notre amour reste éternel. Seules les vraies le savent.*

*A mon cher ami et mentor, Abdelghafour Jaaifi, je tiens particulièrement à te remercier  
pour ton éternel soutien, ta constante présence, et ton écoute bienveillante. Tu es une  
valeur sûre, et je ne saurais t'exprimer ma reconnaissance.*

*A mes amis, Badr Laamiri, Salma Fikry, Saloua Abbassi, Wafae Hrouch,  
Oumar Daoud, Mohammed amine Sbahi, Amine Tichira: votre fidélité incontestable  
restera à jamais gravée dans ma mémoire, notre amitié a été riche d'éclats de rire,  
d'aventures, et surtout de sincérité.*

*A mes camarades de classe du Lycée Français d'Agadir :*

*J'ai passé la plus merveilleuse des aventures d'école à vos côtés, nous avons grandi ensemble, commis des bêtises ensemble, et réussi ensemble. Je vous témoigne par ce travail toute mon affection.*

*A mes professeurs du Lycée français d'Agadir : Madame Brissy, Madame Mahdouk, Madame Calvez, Monsieur Bajallat, madame Grossman, vous avez toujours su me guider, me pousser, me témoigner votre fierté. J'ai trouvé en vous l'inspiration de me dépasser et de rechercher la voie de l'excellence. Je vous en serai éternellement reconnaissante.*

*A mes amis du service de chirurgie maxillo-faciale, Rabha, Bosco, vous voir tous les jours est un vrai souffle de fraîcheur, une bouffée d'oxygène, merci de rendre cette aventure plus vivante, pour votre présence et votre soutien.. Merci*

*A L'équipe médicale et paramédicale des centres de santé de la ville*  
*d'Agadir*

*Je tiens à adresser des remerciements particuliers à toute l'équipe des medecins, délégués médicaux régionaux, infirmières et majors, pour leur participation a cet énorme travail de collecte des données dans les différents centres de santé de la ville d'Agadir auprès des femmes consultantes. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans votre acharnement, votre disponibilité, et votre générosité. Un grand merci .*



*REMERCIEMENTS*





A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE MADAME LA

PROFESSEUR ANSARI

*Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours suscité notre admiration. Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé. Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.*

A MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE PROFESSEUR

I. ADALI

*Pour l'honneur et la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger et d'encadrer ce travail doctoral, vous m'avez encadrée tout au long de cette thèse et partagée avec moi vos brillantes intuitions. Que vous soyez aussi remerciée pour votre gentillesse et pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigués. Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité inestimable. J'aimerais également vous dire à quel point j'ai apprécié votre disponibilité permanente et votre respect des délais serrés de relecture des documents que je vous ai adressés.*

*Enfin, j'ai été extrêmement sensible à vos qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail doctoral. Votre souci du travail bien fait m'a beaucoup éclairée dans la réalisation de ce travail. Ce travail est bel et bien le vôtre.*

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR LAFINTI

*Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.*

*Permettez-nous chère maître de vous exprimer notre profond respect et sincère gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR B. FAKHIR

*C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.*

*C'est ici l'occasion pour nous de vous rendre hommage, vous dire combien de fois nous avons été séduit par la qualité de votre enseignement.*

*Nous avons pu au cours de notre stage d'externat passer sous votre direction, apprécier vos qualités humaines, votre savoir-faire et vos compétences scientifiques.*

*Veillez accepter chère maître, l'expression de nos sincères remerciements.*



## *ABBREVIATIONS*



## Liste des abréviations :

IMC : indice de masse corporelle

DSM : manuel des troubles mentaux

ACOG : association college of obstetricians

TDPM : trouble dysphorique prémenstruel

PSST : premenstrual symptoms screening tool

DRSP : daily record of severity

IP : indice de pearson

OR : odds ratio

IRSS : inhibiteurs de recapture de la sérotonine



*PLAN*



<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>4</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>8</b>
<b>I. L'analyse descriptive :</b>	<b>9</b>
1. Données socio-démographiques	9
2. Antécédents gynéco-obstétricaux	12
3. Antécédents toxiques	15
4. Antécédents médicaux	16
5. Prise de pilule contraceptive	16
6. Antécédents psychiatriques	17
7. Antécédents familiaux	18
8. Étude du trouble dysphorique prémenstruel	18
<b>II. L'analyse bi-variée</b>	<b>24</b>
1. L'étude du TDPM	24
<b>DISCUSSION</b>	<b>35</b>
<b>I. Généralités</b>	<b>36</b>
1. Historique : de la naissance du SPM à la conception du TDP	36
2. Définition et diagnostic du SPM	37
3. Définition et diagnostic du TDPM	39
<b>II. Epidémiologie : prévalences du SPM et TDPM</b>	<b>22</b>
1. SPM	22
2. TDPM	22
3. Facteurs de risque et hypothèses étiologiques	46
<b>III. Discussion des résultats</b>	<b>60</b>
A) Comparaison des prévalence du TDPM	60
B) Comparaison des fréquences des symptômes inclus dans les critères diagnostics DSM du TDPM	61
C) Comparaison du TDPM selon différentes variables	65
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>77</b>
<b>RESUMES</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>85</b>



# *INTRODUCTION*



Le syndrome prémenstruel (SPM) est une appellation générale par laquelle est désignée une constellation de symptômes à la fois physiques ( ballonnement, gonflement, douleurs mammaires et lombaires.. ) et psychiques( anxiété, sentiment d'être dépassé, difficultés de concentration) , survenant en général dans la semaine précédant les menstruations, et touche environ 80% des femmes. La notion de récurrence cyclique est nécessaire pour parler de SPM

Le TDPM reprend les symptômes principaux du syndrome prémenstruel , mais il se différencie de ce dernier par des symptômes psychiatriques au premier plan ( anxiété, dépression, asthénie psychique, ralentissement, difficultés de concentration) dont l'impact est un retentissement sur le fonctionnement socio professionnel.. C'est une pathologie méconnue , sous estimée, et souvent sous diagnostiquée, Il est considéré essentiellement comme une variante aggravée du syndrome prémenstruel, touchant cette fois environ 3 à 8 % des femmes menstruées à qui il rend la vie sociale, professionnelle ou familiale difficile voire impossible. L'APA a voulu intégrer cette catégorie diagnostique dans le DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), référence utilisée en psychiatrie dans le monde entier (1) , et a été référencée dans le DSM V comme faisant partie des troubles mentaux à part entière .

Le trouble dysphorique prémenstruel se caractérise par des symptômes prémenstruels d'intensité sévère associé à un impact sur la qualité de vie , handicapant ainsi la vie socio-professionnelle durant cette période.

Souvent, les femmes sont sujettes à une « faiblesse psychologique » autour de cette période. Entre théories neurobiologiques, hormonales, psycho-sociales, les variations hormonales des femmes lors de cette période s'illustrent par le syndrome prémenstruel, et sont souvent accusées à tort de faiblesse psychologique, de folie, voire d'instabilité émotionnelle.



## **La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

Ainsi le but de cette thèse est d'étayer la prévalence de TDPM au cours du syndrome prémenstruel notamment chez la population des femmes en période d'activité génitale de la région sud du Maroc, la région Souss massa Draa, chez qui il est souvent sous diagnostiqué, voir méconnu, et prouver que ce syndrôme existe bel et bien et qu'il peut avoir des répercussions sur la qualité de vie des femmes à leur insu.

Nous tenterons également de proposer une revue de la thérapeutique en vue de prendre en charge et surtout soulager les femmes de ce fardeau qu'est le TDPM.

L'étude des caractéristiques de ce trouble, nous permettra ainsi d'agir sur les facteurs qui sont associés à une prévalence élevée de TDPM dans le but d'améliorer l'état psychique des femmes qui en souffrent autour de la période prémenstruelle, et soulager ces femmes de ce fardeau.

### **OBJECTIFS DE L'ETUDE :**

- Objectif principal :

Déterminer la prévalence du TDPM au cours du SPM chez les patientes

- Objectifs secondaires :

Déterminer les facteurs associés au TDPM



---

*MATÉRIELS ET MÉTHODES*



---

## **I. Patients**

### **1. Type de l'étude :**

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin de déterminer la prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez les femmes en période d'activité génitale de la ville d'Agadir.

Notre étude a ainsi été menée auprès de populations dans des centres de santé de la ville d'Agadir.

### **2. Échantillonnage :**

Notre enquête a intéressé un échantillon de 300 femmes, en période d'activité génitale, dans la ville d'Agadir.

Selon la prévalence du TDPM comme décrite dans la littérature (3-8%), et de la précision souhaitée qui est de l'ordre de 5%, nous avons pu déterminer la taille de l'échantillon comme suit, grâce à la formule suivante :

- $N = P(1-P)(Zx/D)^2$
- N= Taille de l'échantillon
- P= Prévalence du TDPM selon la littérature
- Zx= Degré de confiance
- D= écart d'imprécision

### **3. Critères d'inclusion :**

- Femmes informées et volontaires
- Femmes en période d'activité génitale
- Femme réglée, ne présentant pas d'aménorrhée.

#### 4. Critères d'exclusion :

- Femmes ménopausées, ou non encore pubères
- Femmes en aménorrhée.
- Femmes en période de grossesse.
- L'absence de consentement

#### 5. Le questionnaire : (voir annexes)

Notre questionnaire a été élaboré selon quatre majeures parties :

- Tout d'abord, une partie concernant les données socio démographiques des patientes, incluant leur âge, le statut matrimonial, l'origine rurale ou urbaine, l'IMC, le niveau socio-économique et intellectuel.

Formule de calcul de l'IMC :

IMC= poids/ taille au carré

Interprétation de l'IMC :

Interprétation de l'IMC	
IMC (kg m <sup>-2</sup> )	Interprétation
Moins de 16,5	dénutrition
16,5 à 18,5-	<a href="#">maigre</a>
18,5 à 25-	<a href="#">poids normal</a>
25 à 30-	<a href="#">surpoids</a>
30 à 35-	<a href="#">obésité</a> modérée
35 à 40-	obésité sévère
40 et plus	obésité morbide ou massive

- Une seconde partie aborde les antécédents personnels médicaux, psychiatriques, toxiques et gynéco-obstétricaux
- La troisième partie est la partie diagnostique proprement dite TDPM et repose sur les critères diagnostics du DSM V
- Enfin, une dernière partie dont le but est d'objectiver l'impact sur la qualité de vie selon des critères définis par le DSM V.

Lorsque le nombre de critères DSM V a été atteint, nous avons considéré le diagnostic de TDPM chez toute patiente dont le relevé du questionnaire correspond.

## **6. Le consentement éthique et déroulement de l'enquête :**

Notre enquête a débuté en avril 2020 et s'est étalée sur une période de 12 mois, d'avril 2020 à avril 2021.

Chaque femme consultante été sujette à un entretien à huis clos, dans le respect du secret médical, et dans l'anonymat le plus total, après obtention de leur consentement éclairé, et après les avoir informés du but de notre étude.

## **II. Méthode statistique :**

Le logiciel utilisé au cours de l'étude pour analyser et traiter nos données est le logiciel SPSS Statistics.

Les consultantes ont été recrutées au niveau de différents centres de santé de la ville d'Agadir, avec accord préalable du délégué régional et nomination des différents centres par la voie hiérarchique.



## *RESULTATS*

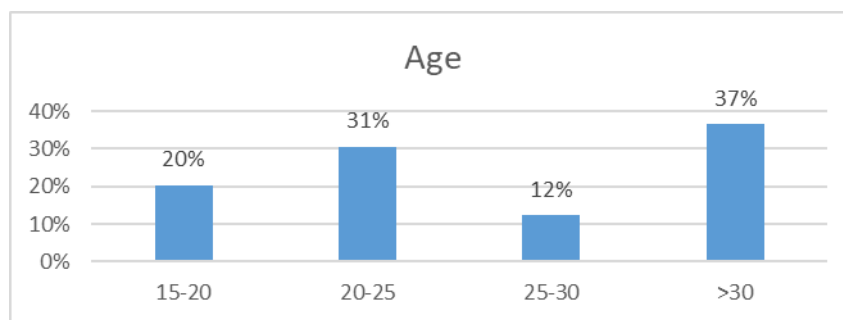


## I. L'analyse descriptive :

### 1. Données socio-démographiques :

#### 1.1 Age :

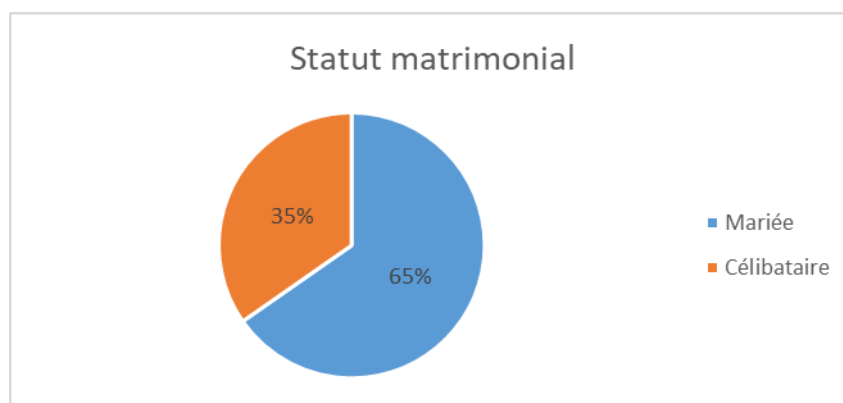
La population jeune de moins de 30 ans représentait 2/3 de notre échantillon, parmi laquelle la tranche d'âge 20-25 ans représentait 1/3, , celle de 15-20 ans représentait 1/5 , et celle de 25-30 ans 1/10eme de l'échantillon.



**Figure 1 : Répartition des femmes consultantes selon l'âge**

#### 1.2 Statut matrimonial

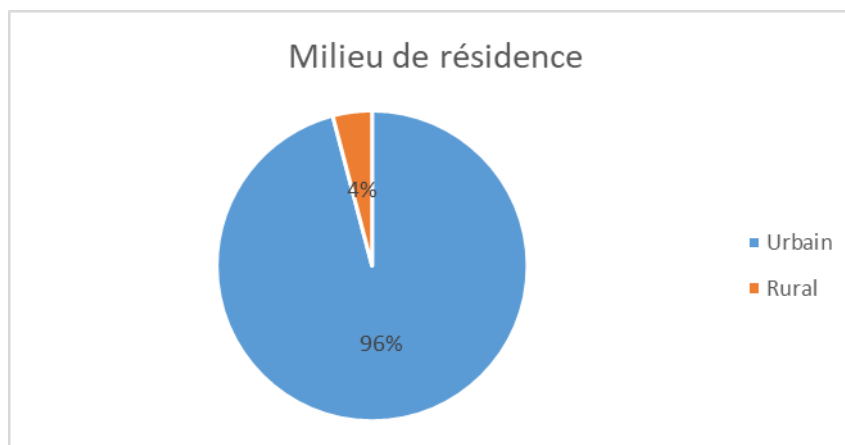
Dans notre échantillon la majorité des femmes étaient mariées avec 65% contre 35% pour les célibataires



**Figure 2 : répartition des femmes consultantes selon le statut matrimonial**

### 1.3 Milieu de résidence :

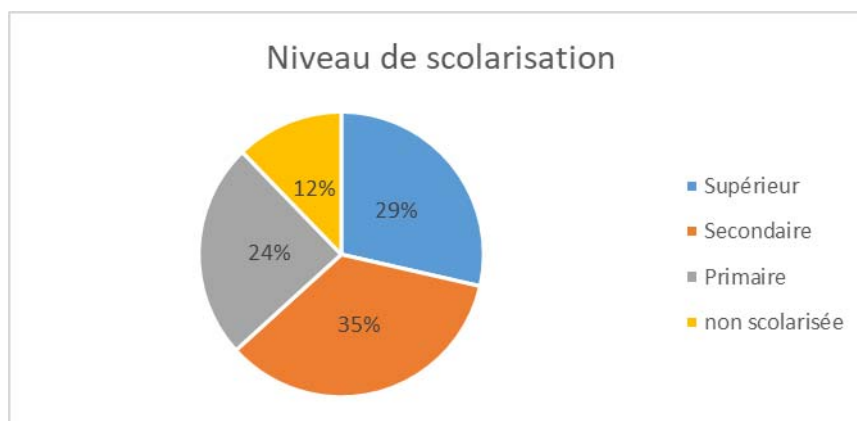
La quasi-totalité des femmes de notre échantillon sont des citadines avec un taux de 96% contre 4% qui vivent dans le milieu rural.



**Figure 3 : Répartition des femmes consultantes selon le milieu de résidence**

### 1.4 Niveau de scolarisation :

Dans notre échantillon, les femmes non scolarisées représentaient 12, celles avec niveau scolaire primaire 24%, avec un niveau secondaire 35%, et celles avec un niveau d'études supérieures 30%.

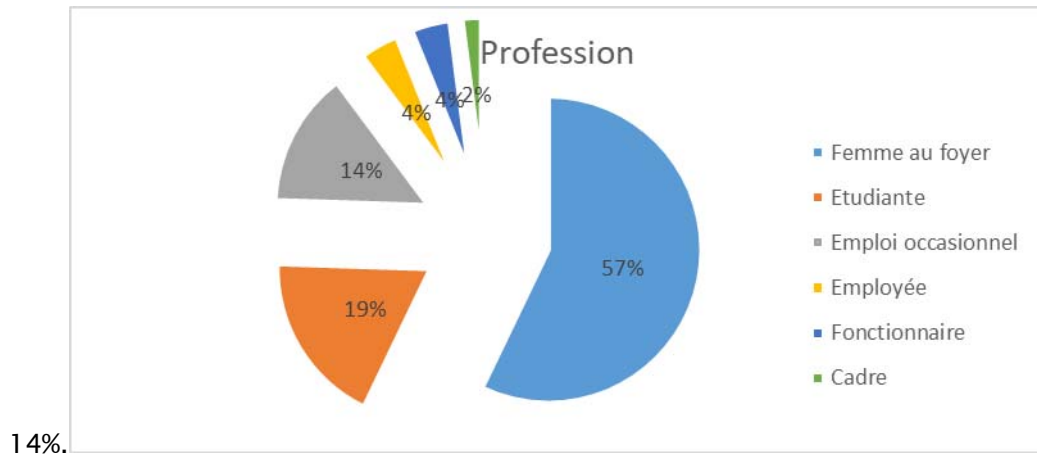


**Figure 4 : Répartition des consultantes selon le niveau de scolarisation**



**1.5 Profession :**

La majorité des femmes (57%) de notre échantillon étaient des femmes au foyer, les étudiantes 19% et celles avec un emploi occasionnel 14%.



**Figure 5 : Répartition des femmes selon le niveau de scolarisation**

**1.6 Niveau socio-économique :**

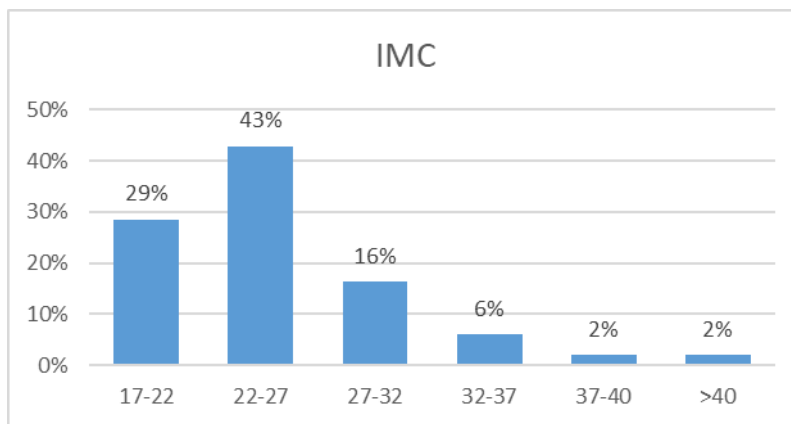
Dans notre échantillon la majorité des femmes étaient d'un niveau socio économique moyen (90%) tandis la tranche aisée ne représentait que 6%



**Figure 6 : Répartition des consultantes selon le niveau socio-économique.**

### 1.7 IMC :

Dans notre échantillon la tranche d'IMC la plus représentative était un IMC normal avec 43% des parturientes, 16% étaient en surpoids, et 2% en obésité morbide.

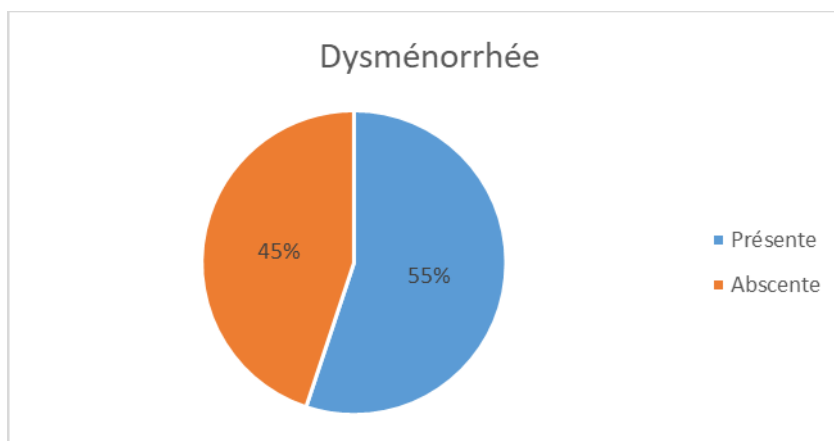


**Figure 7 : répartition des femmes consultantes selon l'IMC**

## 2. Antécédents gynéco-obstétricaux :

### 2.1 Dysménorrhée :

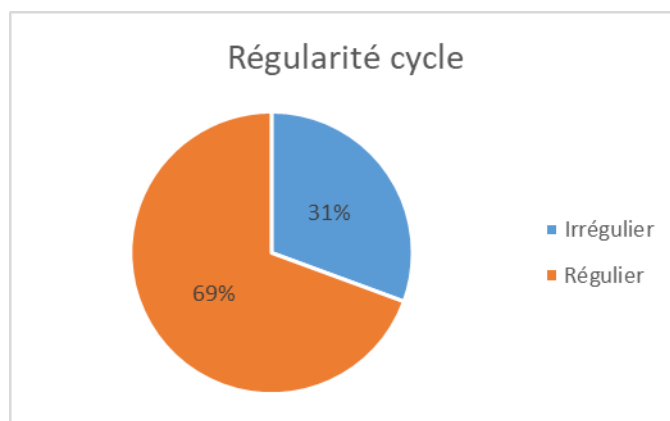
Plus de la moitié des femmes consultantes de notre échantillon se plaignaient de dysménorrhée au cours de leur menstruations habituelles (55%)



**Figure 7 : Répartition des femmes consultantes selon la présence ou non de dysménorrhée**

## 2.2 Régularité du Cycle menstruel :

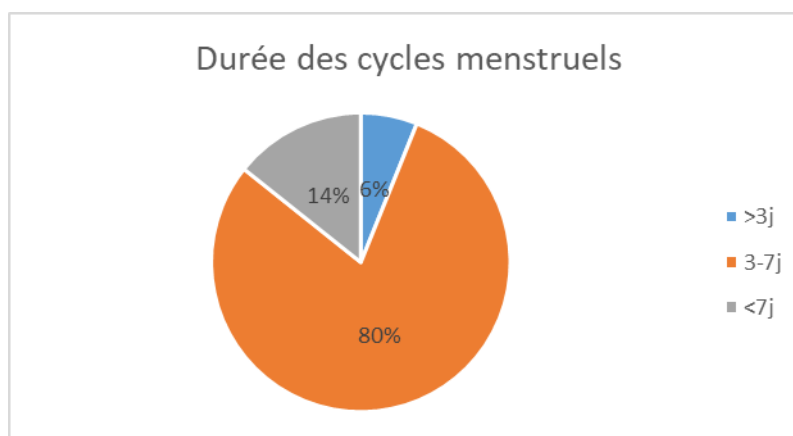
La majorité des femmes consultantes de notre échantillon avaient un cycle régulier à hauteur de 70%.



**Figure 8 : répartition des femmes selon la régularité du cycle menstruel.**

## 2.3 Durée du cycle menstruel :

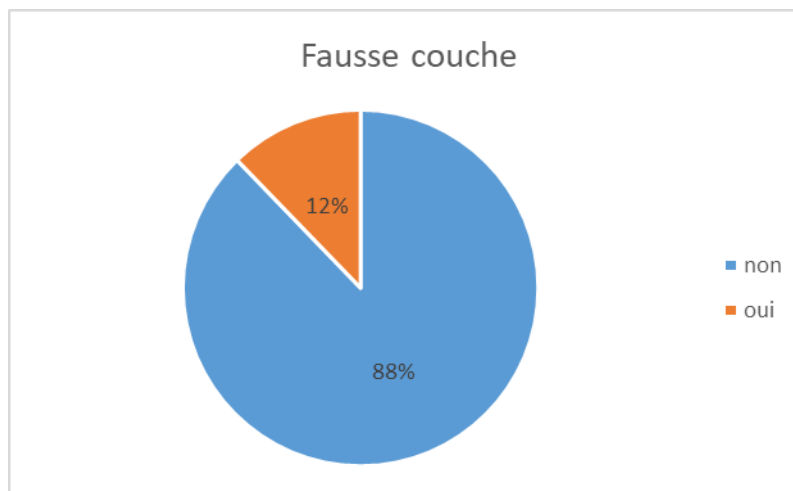
Dans notre échantillon 80% des femmes consultantes avaient un cycle menstruel d'une durée de 3 à 7 jours, 14% avaient une durée >7j et 6% une durée <3j



**Figure 8 : Répartition des femmes consultantes selon la durée du cycle menstruel.**

#### 2.4 Antécédent de fausse couche :

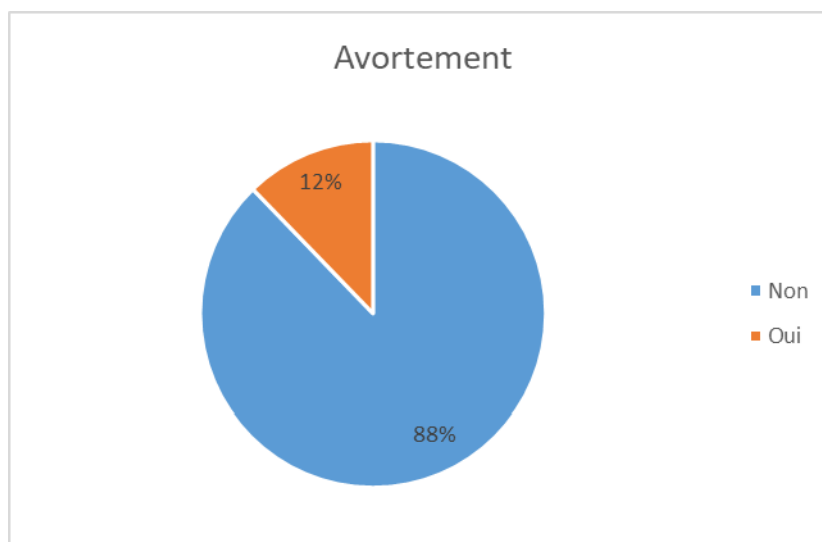
88% des femmes consultantes de notre échantillon n'avaient aucun antécédent de fausse couche, tandis que 12% en avait.



**Figure 9 : Répartition des femmes consultantes selon l'antécédent de fausse couche.**

#### 2.5 Antécédent d'avortement provoqué :

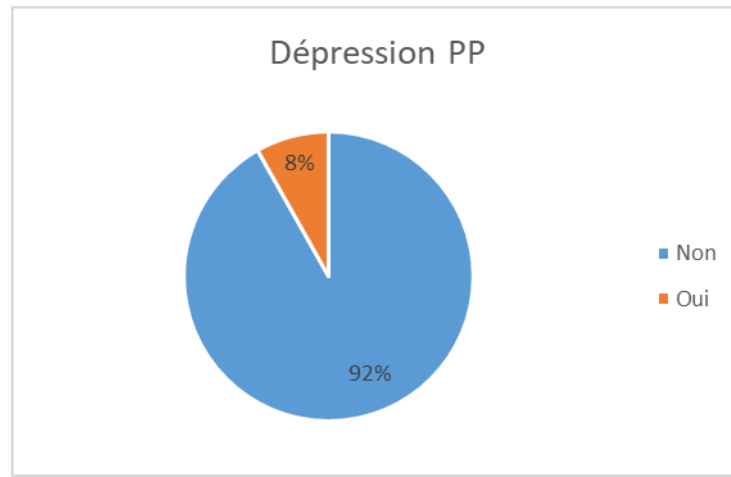
Dans notre échantillon 88% des femmes consultantes n'avaient pas d'antécédent d'avortement provoqué, 12% en avaient.



**Figure 10 : Répartition des femmes consultantes selon l'antécédent d'avortement provoqué.**

### 2.6 Antécédent de dépression du post partum :

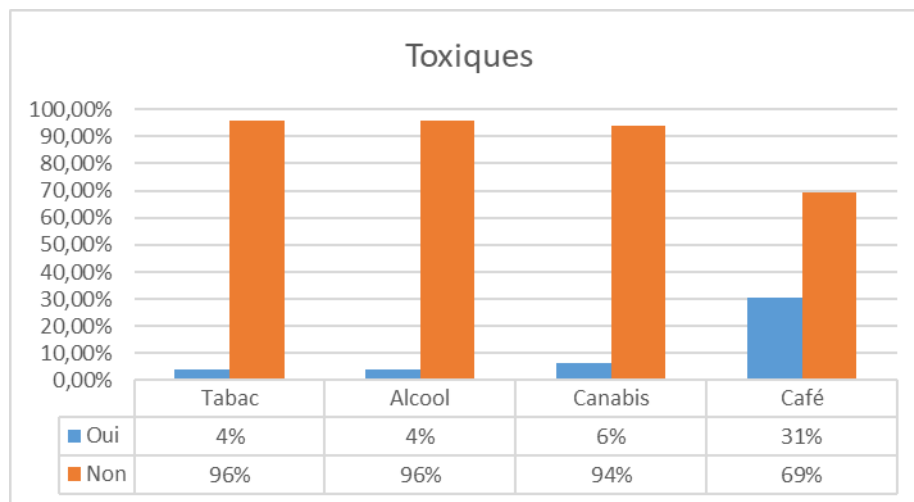
8% des femmes consultantes de notre échantillon avaient un antécédent de dépression du post partum.



**Figure 11 : Répartition des femmes consultantes selon la présence ou non d'antécédent de dépression du post partum.**

### 3. Antécédents toxiques :

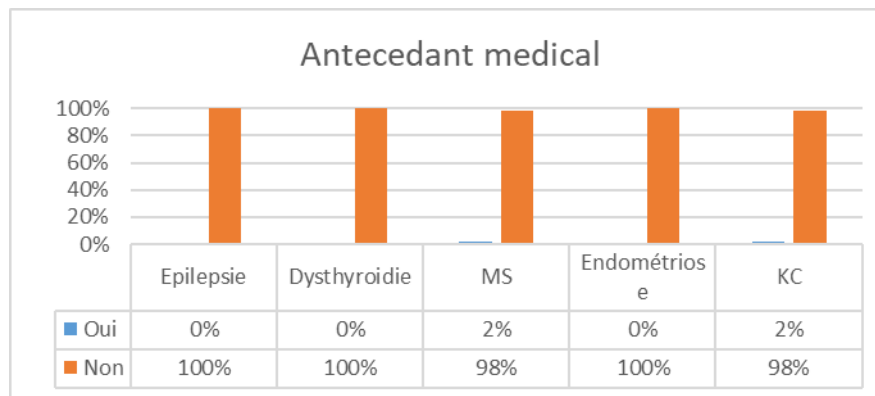
Dans notre échantillon, 30% des femmes consultantes ont une consommation accrue de café, 6% consomment du cannabis, et 4% consomment respectivement du tabac et de l'alcool.



**Figure 11 : répartition des femmes consultantes selon les habitudes toxiques.**

#### 4. Antécédents médicaux :

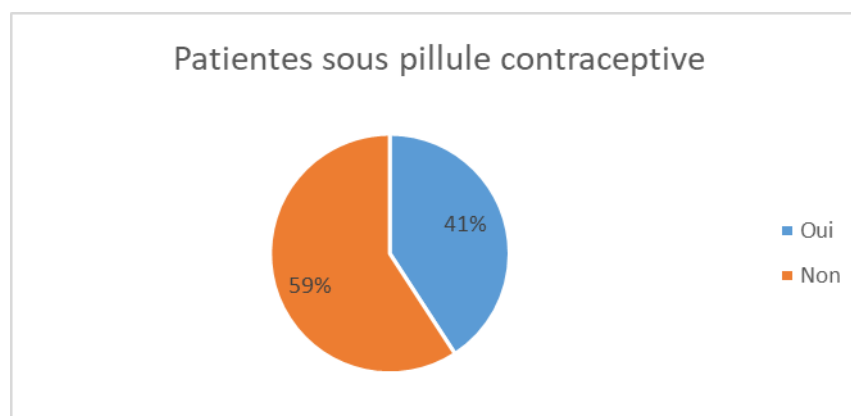
Dans notre échantillon, parmi les antécédents de pathologies médicales à exacerbation menstruelle, aucune femmes consultantes ne rapportait d'antécédent d'épilepsie ou dysthyroïdie ou endométriose, 2% rapportaient respectivement un antécédent de cancer ou chimiothérapie ou maladie de système.



**Figure 12 : répartition des femmes consultantes selon la présence d'antécédent médical de pathologie chronique à exacerbation menstruelle.**

#### 5. Prise de pilule contraceptive :

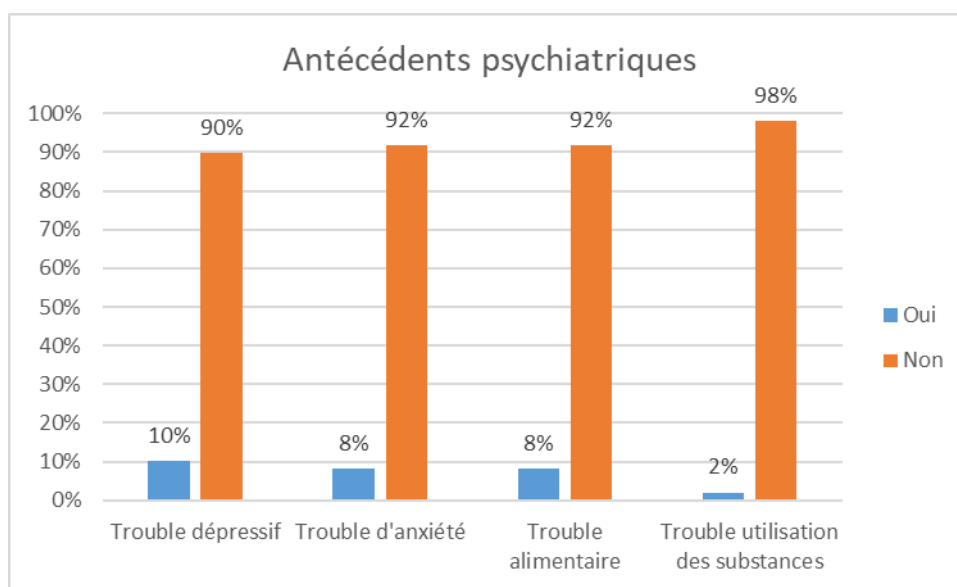
Dans notre échantillon les femmes consultantes sous pullules contraceptives représenataient 41%.



**Figure 13 : Répartition des femmes consultantes selon la prise de pillule contraceptive .**

## 6. Antécédents psychiatriques :

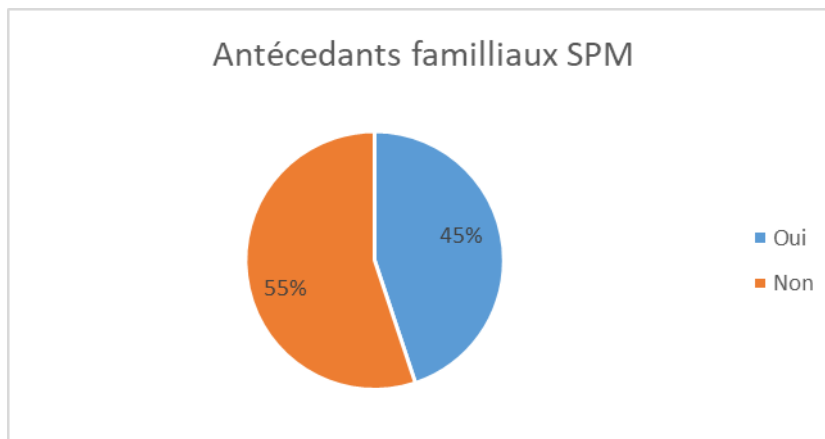
Dans notre échantillon, parmi les antécédents de pathologies psychiatriques à exacerbation menstruelle, 10% rapportaient un antécédent de trouble dépressif, 8% rapportaient respectivement un antécédent de trouble d'anxiété généralisé ou de trouble des conduites alimentaires, et 2% un trouble d'utilisation des substances.



**Figure 14 : répartition des femmes consultantes selon la présence d'antécédent de pathologie psychiatrique chronique à exacerbation menstruelle.**

## 7. Antécédents familiaux :

Dans notre échantillon 45 % des parturientes avaient un antécédent familial de syndrome prémenstruel.



**Figure 15 : répartition des femmes consultantes selon la présence d'antécédent familial de syndrome prémenstruel.**

## 8. Étude du trouble dysphorique prémenstruel :

Selon le DSM V, la présence des critères remplissant le diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel se répartissait comme suit dans notre échantillon :

### 8.1 Symptômes psycho-affectifs :

- Humeur dépressive présente chez 29% des femmes, rapportée au moins 7 jours avant les menstruations.
- Colère ou irritabilité marquée chez 47%
- Augmentation des conflits interpersonnels chez 29%
- Labilité émotionnelle marquée chez 43%
- Envie brusque de pleurer chez 53%
- Sensibilité au rejet par autrui chez 35%



La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa

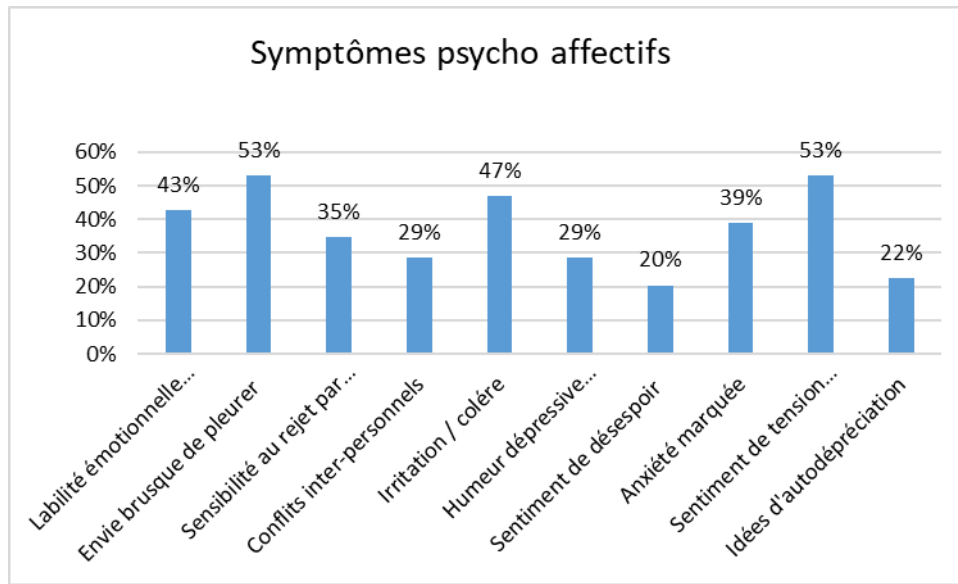


Figure 16 : répartition des femmes consultantes selon la présence de symptômes psychoaffectifs au cours de leur période prémenstruelle .

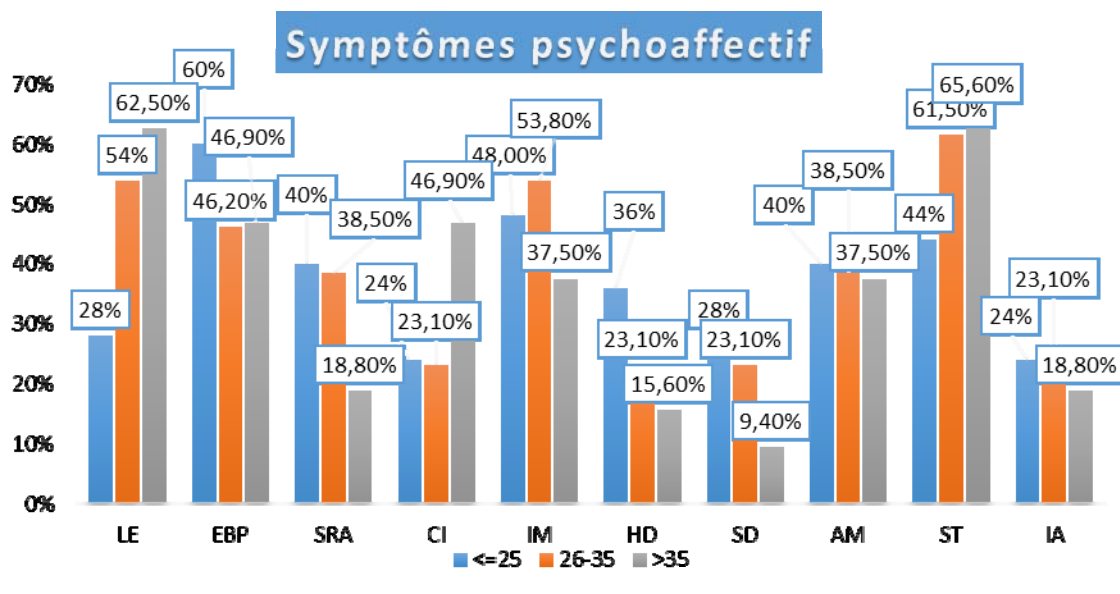
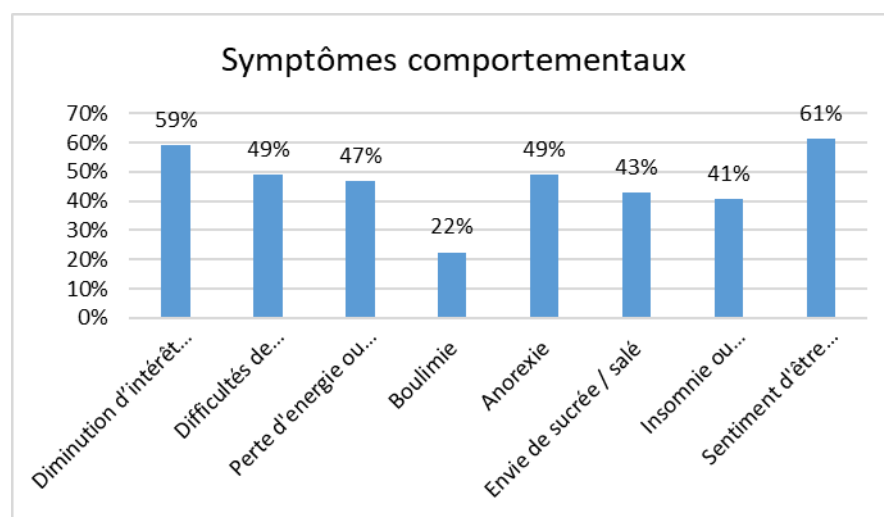


Figure 17 : répartition des symptômes psychoaffectifs par tranches d'âge

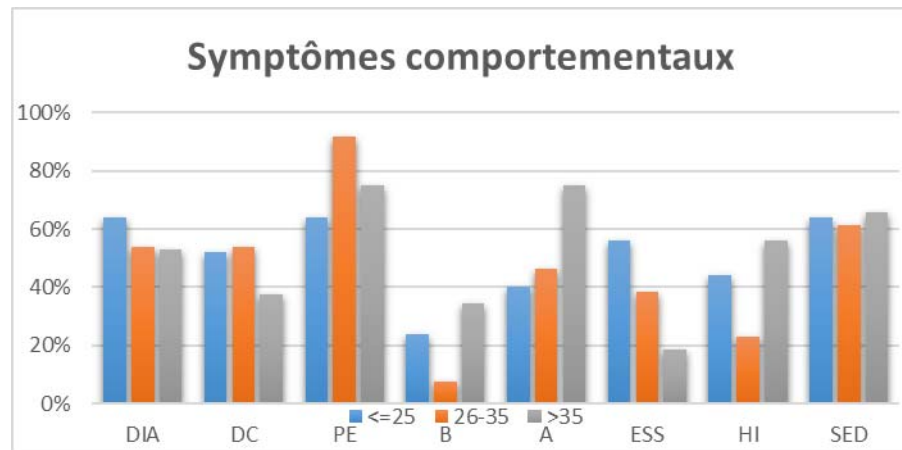
## 8.2 Symptômes comportementaux :

Dans notre échantillon les symptômes comportementaux au cours de la période prémenstruelle se répartissaient comme suit chez les femmes consultantes :

- Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles : 59%
- Difficultés de concentration 49%
- Perte d'énergie ou fatigue marquée 47%
- Modifications marquée de l'appétit : boulimie 22% ; anorexie 49% ; envie impérieuse de l'aliments sucrés ou salés 43%
- Hypersomnie ou insomnie : 41%
- Sentiment d'être débordé : 61%



**Figure 17 : répartition des femmes consultantes selon la présence de symptômes comportementaux au cours de leur période prémenstruelle .**

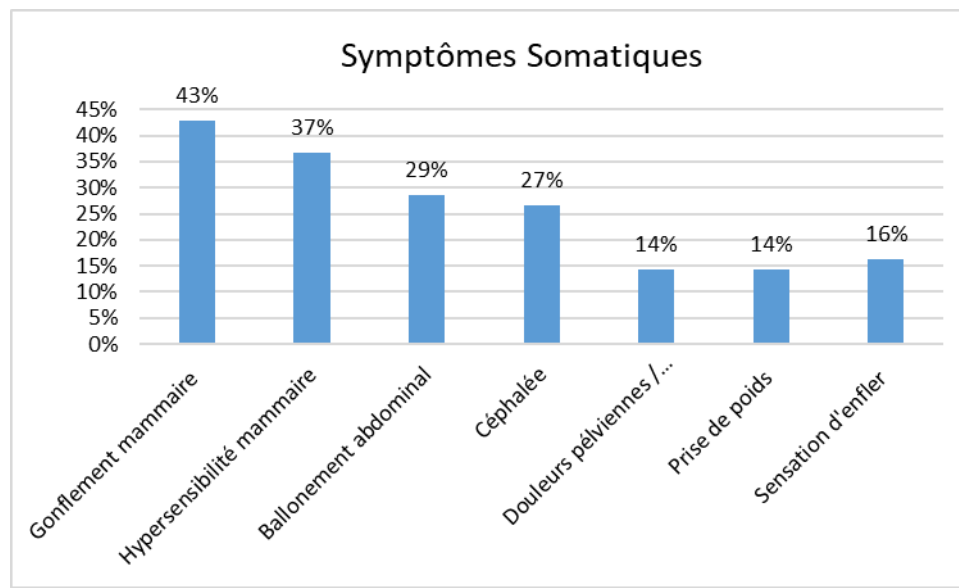


**Figure 18 : répartition des femmes consultantes selon la présence de symptômes somatiques au cours de leur période prémenstruelle .**

### 8.3 Symptômes physiques :

Dans notre échantillon les symptômes somatiques au cours de la période prémenstruelle se répartissaient comme suit chez les femmes consultantes :

- Gonflement mammaire : 43%
- Hypersensibilité mammaire 37%
- Céphalées 27%
- Douleurs pelviennes ou lombosacrées 14%
- Ballonnement abdominal 29%
- Prise de poids 14% ou sensation denfler 16%



**Figure 18 : répartition des femmes consultantes selon la présence de symptômes somatiques au cours de leur période prémenstruelle .**

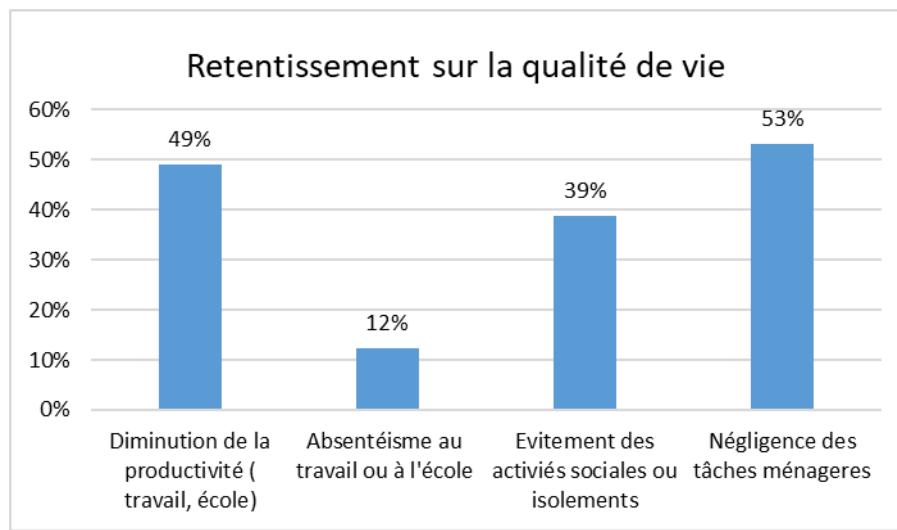
#### **8.4 Retentissement sur la qualité de vie :**

Dans notre échantillon les critères liés à l'altération du fonctionnement socio-professionnel chez les femmes consultantes de notre étude étaient répartis comme suit :

- Diminution de la productivité au travail ou à l'école : 49%
- Absentéisme au travail ou à l'école : 12%
- Évitement des activités sociales ou isolement : 39%
- Négligence du foyer et tâches ménagères : 53%

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

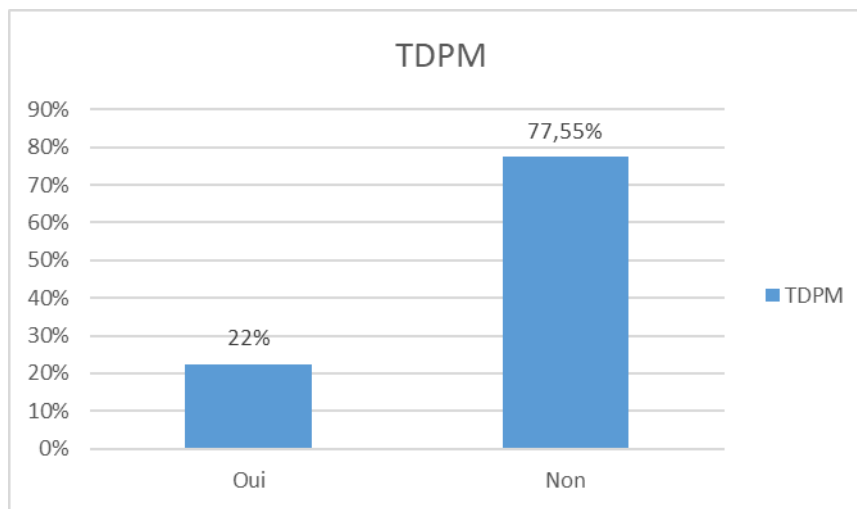
---



**Figure 19 : Répartition des femmes consultantes selon l'altération du fonctionnement socio-professionnel lié au trouble dysphorique prémenstruel.**

**8.5 prévalence du TDPM :**

Selon notre questionnaire de TDPM, la prévalence du trouble dysphorique prémenstruel correspondant aux critères diagnostiques DSM V se répartissait comme suit :

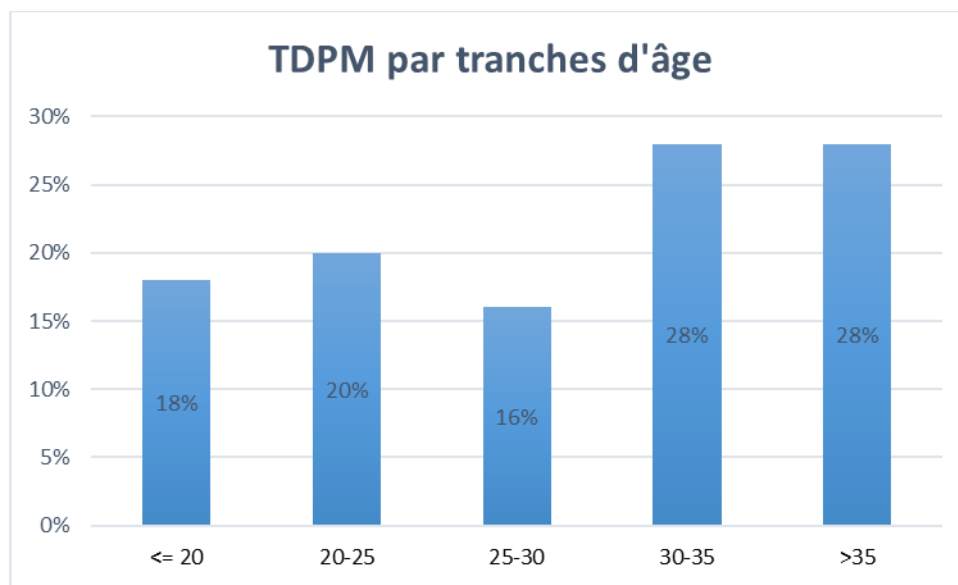


**Figure20 : Répartition des femmes consultantes selon la présence ou non de TDPM.**

## II. L'analyse bi-variée

### 1. L'étude du TDPM :

#### 1.1 Corrélation entre TDM et âge :



**Figure 21 : Répartition des femmes consultant ayant un tdpm en en fonction des tranches d'âge .**

Dans notre échantillon la tranche d'âge la plus sujette au TDPM est la tranche d'âge la plus âgée : > 35 ans.

Cependant la corrélation est non significative : indice de pearson à 0,617 en bilatéral.

1.2 Corrélation entre TDPM et statut marital :

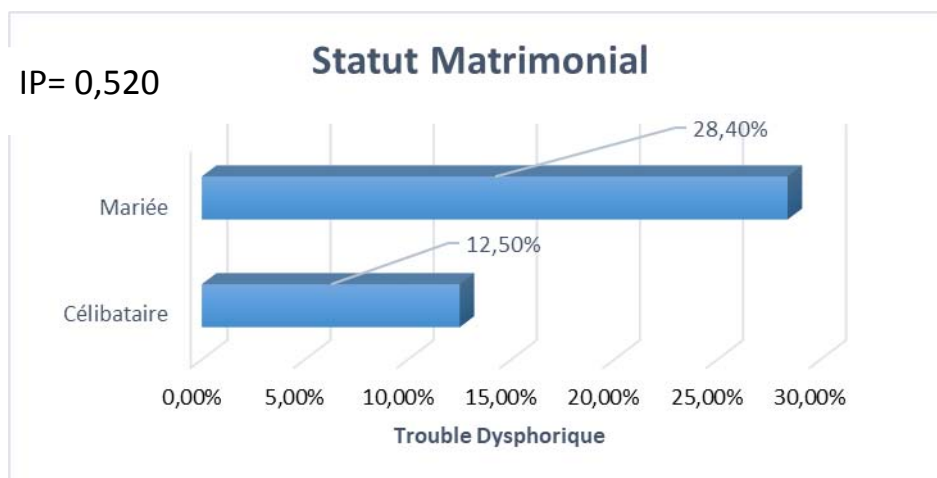


Figure 22 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en en fonction de leur statut matrimonial

Dans notre échantillon, 28,40% des femmes mariées souffraient d'un TDPM, alors que seulement 12,5% des femmes célibataires en avaient.

La corrélation est non significative : 0,520 (bilatéral)

1.3 Corrélation entre TDPM et niveau socio-économique :

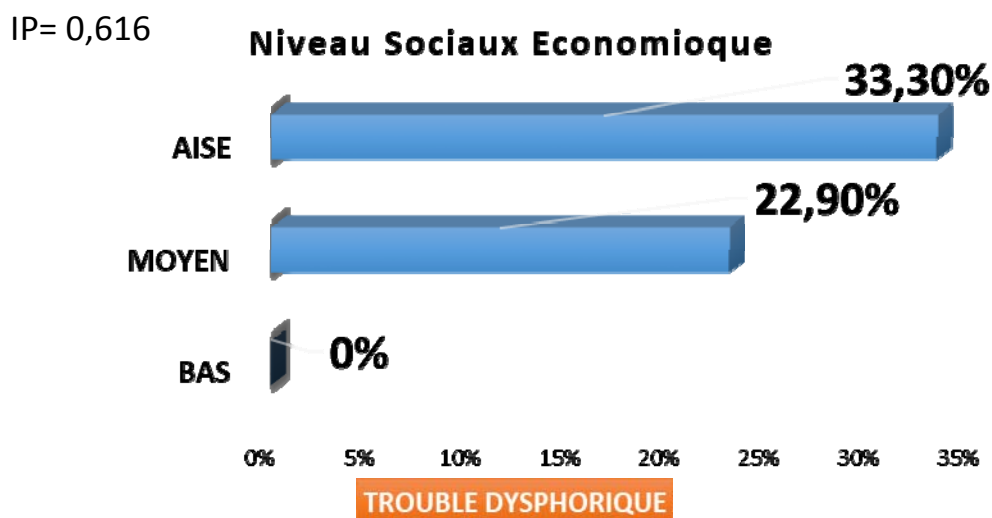
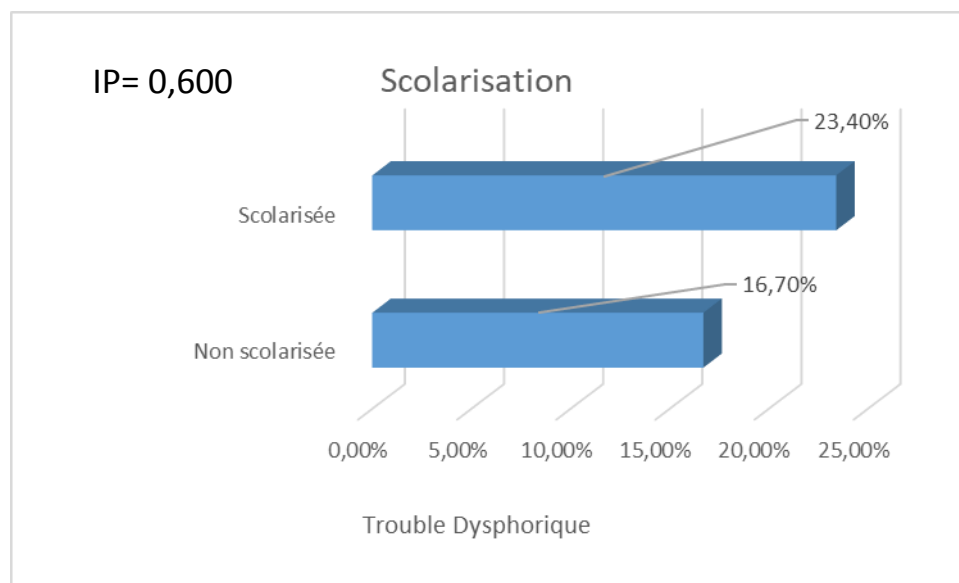


Figure 23 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en en fonction de leur niveau socio-économique.

Plus d'un tiers des femmes d'un niveau de vie aisé avaient un TDPM, ce taux est moins important chez les femmes ayant un niveau de vie moyen, et enfin il était inexistant chez les femmes de bas niveau socio-économique.

La corrélation n'est pas significative : 0,616 (bilatéral)

1.4 **Corrélation entre TDPM et niveau scolaire :**



**Figure 24 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en en fonction de leur niveau de scolarisation.**

Dans notre échantillon, 23,40% des femmes scolarisées présentaient un TDPM tandis que 16% des femmes non scolarisées en présentaient.

La corrélation était non significative avec un indice de Pearson à 0,6.



1.5 Corrélation entre tdpm et niveau d'activité physique

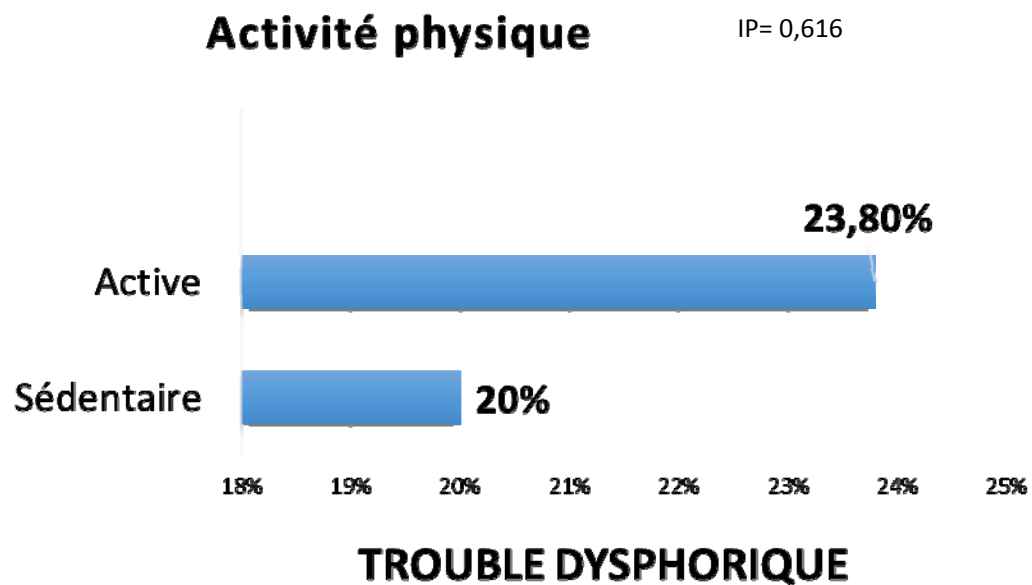


Figure 25 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en en fonction de leur niveau d'activité physique .

Dans notre échantillon 23% des femmes actives avaient un TDPM alors que chez les femmes sédentaires, 20% en avaient.

La corrélation est non significative pour un indice de Pearson à 0,616.

1.6 Corrélation entre TDPM et atcd gynéco-obstétricaux :

1.6.1 Dysménorrhée :

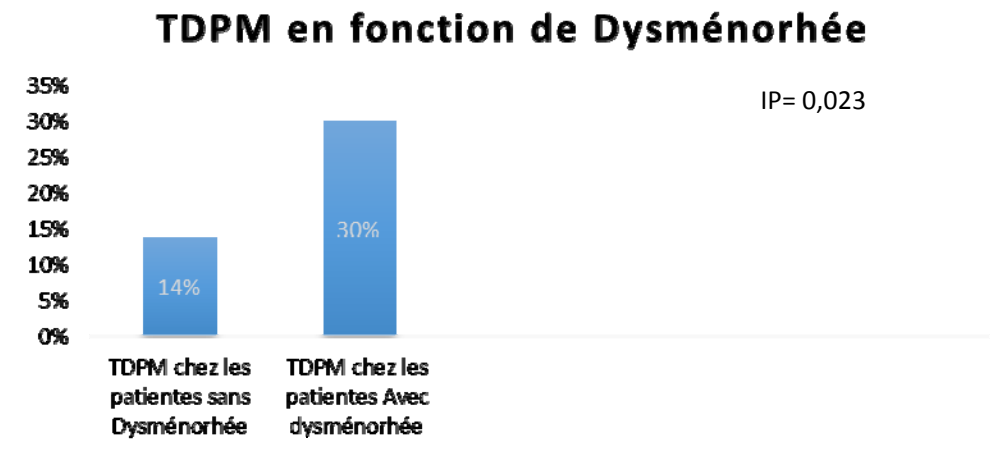


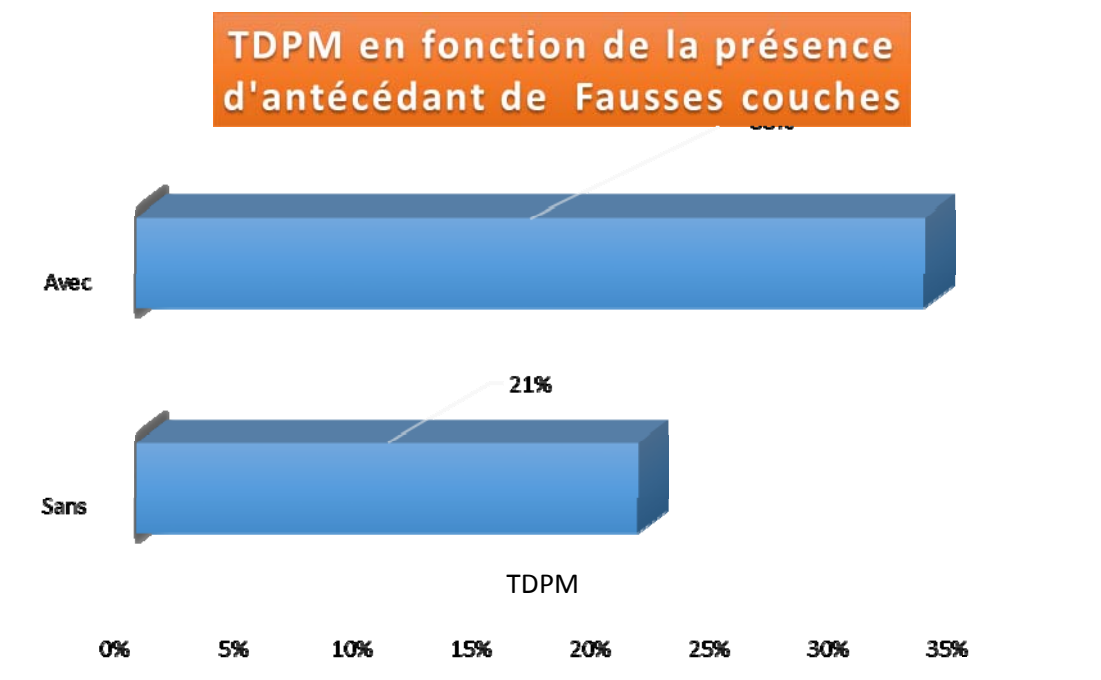
Figure 26 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm selon la présence ou non de dysménorrhée.

Dans notre échantillon, près d'un tiers des patientes ayant un antécédent de dysménorrhée ont un TDPM, alors que chez les femmes consultantes ne souffrant pas de dysménorrhée durant leur menstruation, seulement 13% ont un TDPM.

La corrélation étant significative avec un indice de Pearson à 0,023.

1.6.2 Fausses couches :

Test de Fisher  
=0,191



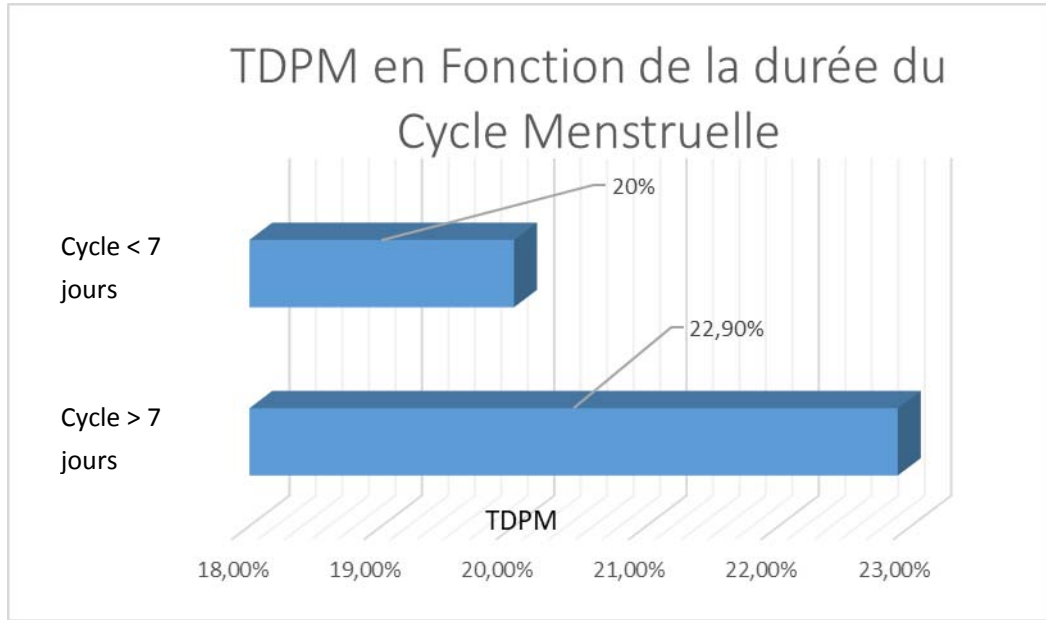
**Figure 27 : Répartition des femmes consultant ayant un tdpm en en fonction de la présence ou non d'antécédent de fausse couche.**

Chez les femmes consultant présentant un antécédent de fausse couche plus du tiers souffrent de TDPM, alors que chez celles sans antécédent de fausse couche 21% ont un TDPM.

La corrélation est significative avec un Test de Fisher à 0,191 ( unilatéral).

1.6.3 Durée du cycle menstruel :

Test de Fisher =  
0,548



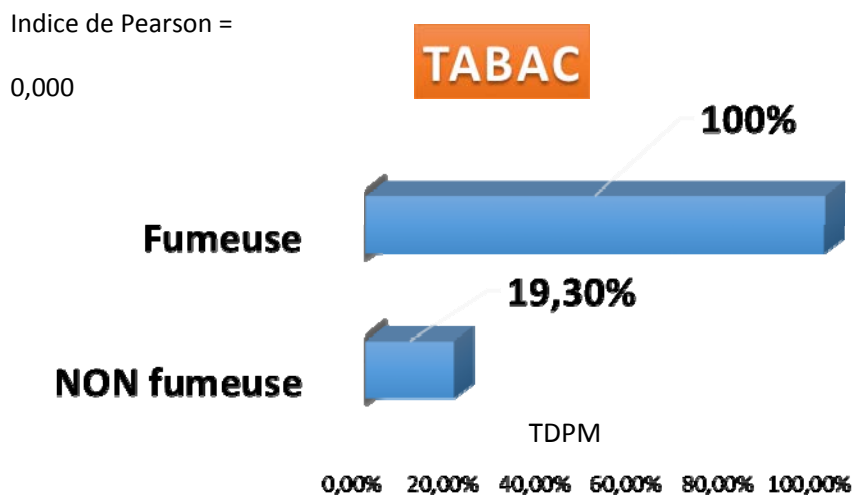
**Figure 27 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en en fonction de la durée du cycle menstruel.**

Le TDPM était plus présent chez les femmes consultantes avec un cycle menstruel court à hauteur de 23% contre 20% pour les patientes à cycle long.

La corrélation est non significative avec un test de Fisher à 0,548 (unilatéral).

1.7 Corrélation entre tdpm et consommation de toxiques

1.7.1 Tabac :

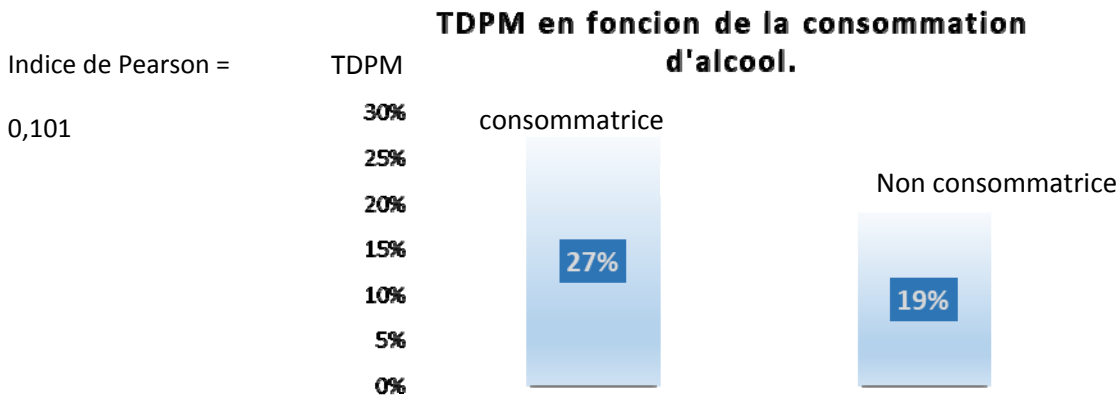


**Figure 28 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en fonction de la consommation ou non de tabac.**

Toutes les femmes consultantes fumeuses de notre échantillon ont un TDPM, alors que 20% seulement des non fumeuses en ont.

La corrélation est significative avec un indice de Pearson à 0,000 en bilatéral, et un Test de Fisher à 0,000 en unilatéral

1.7.2 Alcool :



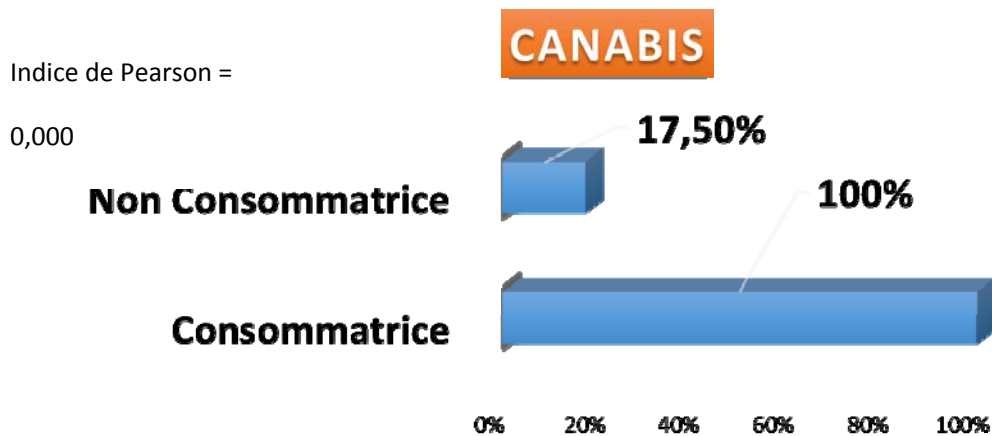
**Figure 29 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en fonction de la consommation ou non d'alcool.**

Dans notre échantillon, parmi les femmes consultantes qui consomment régulièrement de l'alcool, 27% avaient un TDPM.

Parmi celles qui n'en consomment pas, 19% avaient un TDPM.

La corrélation n'est pas significative avec un indice de Pearson à 0,101.

1.7.3 Cannabis



**Figure 30 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en fonction de la consommation ou non de cannabis**

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

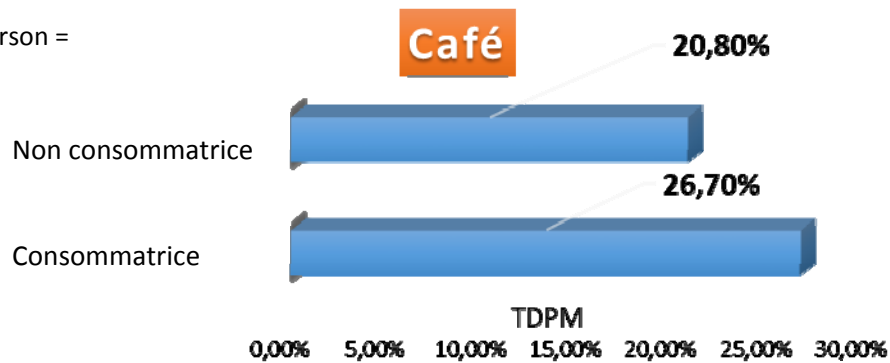
Les femmes consultantes qui consomment du cannabis avaient toutes un TDPM, chez celles qui n'en consomment pas seulement 18% avaient un TDPM.

La corrélation est significative avec un indice de Pearson à 0,000.

**1.7.4 Café :**

Indice de Pearson =

0,433



**Figure 231 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en fonction de la consommation ou non de café**

Dans notre échantillon les consommatrices de café avaient un taux de TDPM plus élevé que celles qui n'en consomment pas, respectivement 27% VS 20%.

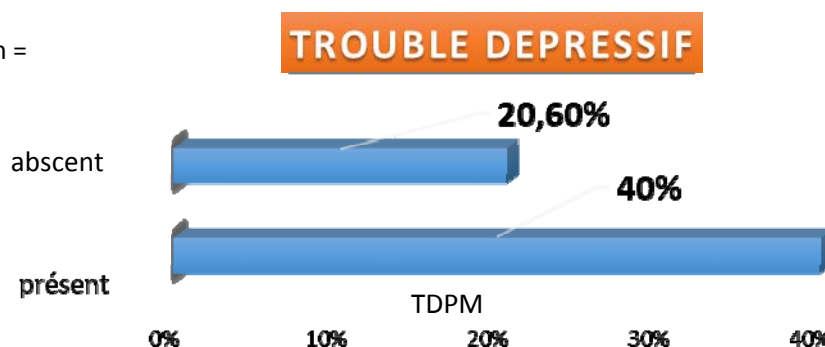
La corrélation n'est pas significative avec un indice de Pearson à 0,433.

**1.8 Corrélation entre tdpm et antécédents médicaux :**

**1.8.1 Trouble dépressif**

Indice de Pearson =

0,089



**Figure 32 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en fonction de la présence ou non d'antécédent de dépression**

## La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa

---

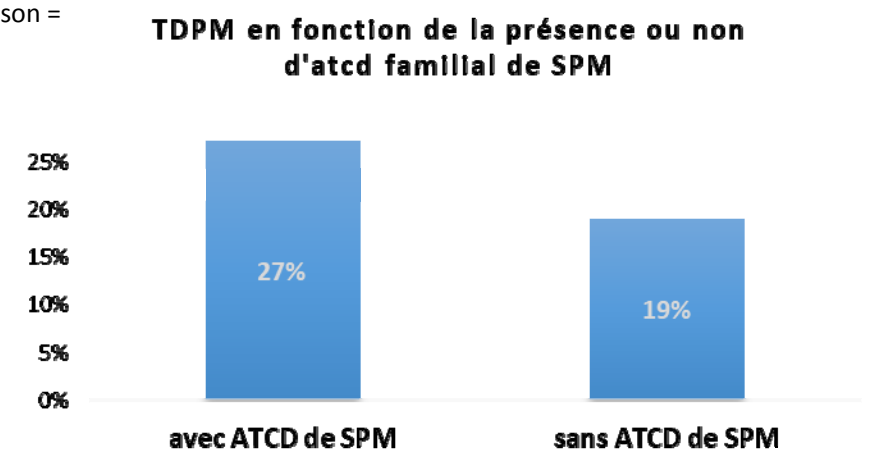
Les femmes consultantes ayant un antécédent de dépression avaient plus de TDPM : 40% contre 20% chez les patients sans antécédent de trouble dépressif.

La corrélation est significative avec un indice de pearson à 0,089 en bilatéral.

### 1.8.2 Antécédant familial de spm :

Indice de Pearson =

0,220



**Figure 33 : Répartition des femmes consultantes ayant un tdpm en fonction de la présence ou non d'antécédant familial de spm .**

Dans notre échantillon 27% des femmes ayant un antécédent familial de spm avaient un TDPM. Parmi les femmes sans atcd de SPM, 19% avaient un TDPM.

La corrélation était non significative avec un indice de Pearson à 0,220.





## *DISCUSSION*



## **I. Généralités :**

### **1. Historique : de la naissance du SPM à la conception du TDPM**

Le Syndrome prémenstruel (1) est considéré comme une constellation de symptômes à la fois somatiques, et psychiques, qui apparaissent dans la semaine précédant les menstruations et disparaissent avec la survenue de celles-ci. Actuellement, il n'existe pas de définition consensuelle de ce syndrome.

La naissance du SPM (1,2) remonte à la fin du XIXe siècle sous l'appellation de tension nerveuse ou prémenstruelle. La première documentation est faite en 1931 par Robert t Frank.

Initialement, ce syndrome a été expliqué par une analogie faite entre SNC et cycle menstruel, dans laquelle les perturbations du SNC durant la période prémenstruelle était responsable des symptômes, et cette première théorie est décrite par l'auteur Fisher Homberger en 1988.

Cependant ce modèle sera dépassé par la suite par le modèle endocrinologique qui établit un lien ferme entre symptômes psychiques et période prémenstruelle au début du XXe siècle, et n'est plus considéré comme étant en étroit lien avec le SNC, mais bien au dépend du système hormonal. Ainsi, l'appellation du syndrome prémenstruel prend le pas sur la « tension prémenstruelle » et ne se popularise après la seconde guerre mondiale, et c'est ainsi que par SPM sera née la désignation de l'ensemble des symptômes psychiques et somatiques liés à la période prémenstruelle.

En 1983, on assiste au développement d'une nouvelle catégorie diagnostique, le trouble dysphorique prémenstruel (2), qui sera introduit par l'APA ( l'association des psychiatres américains) (26) , et est considéré comme une variante aggravée du SPM , avec des symptômes psychiques au premier plan, et un retentissement non négligeable sur la qualité du fonctionnement socio professionnel autour des menstruations.

Il sera ainsi inscrit dans le Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM) III puis le DSM IV dans une annexe du manuel , et finalement dans la partie principale du DSM V (5) ( 26) comme trouble à part entière.

## **2. Définition et diagnostic du SPM :**

### **2.1 Définition du SPM :**

Il s'agit d'un ensemble poly symptomatique de signes psychologiques et/ou physiques survenant électivement et régulièrement avant les règles et cédant avec celles-ci.

Pour parler de SPM (1,2,3), il faut que les troubles surviennent pendant plusieurs cycles consécutifs et que leur intensité entraîne une gêne notable. Il doit exister un intervalle libre de tous symptômes d'au moins une semaine dans la période suivant les règles.

Cependant Actuellement, il n'existe aucune définition consensuelle du SPM.

Concernant la symptomatologie du SPM, elle englobe aussi bien des symptômes somatiques que psychiques, tandis que le TDPM se caractérise par une symptomatologie psycho affective plus sévère et au premier plan.

Le SPM regroupe donc un polymorphisme symptomatologique (3), avec plus de 150 symptômes répertoriés, dont :

### **2.2 Symptômes physiques :**

Ces symptômes physiques sont principalement le résultat de manifestations congestives et œdémateuses touchant plusieurs territoires. On décrit :

- ✓ Des douleurs pelviennes avec une sensation de ballonnement et un accroissement du tour de taille.
- ✓ Des tensions mammaires (mastodynies avec augmentation de volume et hyperesthésies)

## **La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

- ✓ Une rétention liquidienne principalement au niveau des extrémités avec un aspect bouffi des paupières, des doigts boudinés, les chevilles enflées. Parfois, on peut observer une prise de poids importante (> 4kg), on parle alors d'œdèmes cycliques.
- ✓ Des troubles veineux comme une sensation de jambes lourdes, des varices douloureuses voire des crises hémorroïdaires.
- ✓ Il existe de nombreux autres signes :
  - Digestifs : nausées, diarrhées, constipation
  - cutanéomuqueux : éruptions cutanées, acné, séborrhée
  - neurologiques : vertiges, céphalées prémenstruelles ou aggravation
  - migraineuse prémenstruelle
  - Urinaires : cystite, pollakiurie
  - Lombalgies

### **2.3 2-3 Symptômes psychiques**

Les symptômes psychiques peuvent se manifester par :

- Changements d'humeur, une nervosité, une irritabilité voire une certaine agressivité
- une forte envie de chocolat ou de sucreries
- des troubles de la concentration
- des troubles du sommeil
- un manque d'énergie, de la fatigue
- une humeur dépressive avec pessimisme, tristesse, idées noires, pleurs

Diagnostic du SPM : L'ACOG a défini le syndrome prémenstruel comme une affection dans laquelle une femme présente :

- ✓ Au moins un symptôme affectif et un symptôme somatique qui entraînent un dysfonctionnement des performances sociales, scolaires ou au travail.
- ✓ Ces symptômes doivent être cycliques, commençant après l'ovulation, soulagés dans les quatre jours qui suivent l'apparition des règles, sans récides jusqu'au 13ème jour du cycle au moins.
- ✓ Doivent être présents en l'absence de traitement pharmacologique, d'ingestion hormonale, de consommation de drogues ou d'alcool.
- ✓ Les symptômes doivent apparaître de manière reproductible au cours de deux cycles d'enregistrement prospectif.

### **3. Définition et DC du TDPM :**

#### **3.1 Définition :**

Dans le manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-V) (26), le TDPM (1,2) est différencié du syndrome prémenstruel (8, 23) , réservant ce dernier aux symptômes physiques moins marqués et aux changements d'humeur mineurs, et depuis la parution de sa 5<sup>ème</sup> édition en 2013, le TDPM a été déplacé dans la section principale du manuel en tant que diagnostic approuvé pour une utilisation clinique courante.

Le TDPM se distingue par sa configuration de symptômes spécifiques, psychiatriques au premier plan, leur sévérité et l'altération du fonctionnement qui en résulte.

Ses caractéristiques essentielles sont (1,2,3) : une humeur dépressive, une anxiété et une labilité émotionnelle marquées, ainsi qu'une diminution de l'intérêt pour les activités quotidiennes. Ces symptômes commencent pendant la phase lutéale et cessent dans la phase folliculaire.

Par ailleurs, le TDPM est à différencier de l'exacerbation d'un trouble psychiatrique actuel, une prise de psychostimulants, ou une exacerbation de pathologie somatique à expression neurocentrale (Endométriose, Sclérose en plaque, Dysthyroïdie ) .

### **3.2 Diagnostic :**

« Steiner, 2006 :

**Un diagnostic de TDPM est posé lorsque les symptômes identifiés dans le DSM-IV sont présents et le sont depuis au moins un an, surviennent la semaine précédant les menstruations et disparaissent quelques jours après le début de ses dernières.**

Il est nécessaire que 5 des 11 symptômes soient relevés, avec au moins l'un des quatre symptômes affectifs principaux (irritabilité, dysphorie, tension et labilité affective). L'irritabilité et la colère sont considérées comme des symptômes d'humeur caractéristiques des TDPM. Il est important de noter que les femmes ne présentant pas de symptômes de changement d'humeur ne remplissent pas les critères pour obtenir ce diagnostic. »(1, 2, 3)

**Pour le diagnostic, le manuel DSM V (26) établit les critères diagnostics suivants pour le trouble dysphorique prémenstruel :**

**A.** Au cours de la plupart des cycles menstruels de l'année écoulée, 5 ou plus des symptômes suivants sont identifiés, la plupart du temps lors de la dernière semaine de la phase lutéale. Ils sont améliorés au cours des premiers jours de la phase folliculaire et restent absents pendant la première semaine qui suit les règles. L'un des symptômes doit être 1, 2, 3 ou 4 :

**B.**

1. Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou auto-dépréciation (idées de dévalorisation).
2. Anxiété marquée, tensions, impression d'être noué, tendu, nerveux.
3. Labilité émotionnelle marquée (p. ex., brusque sentiment de tristesse, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet).
4. Colère ou irritabilité marquée et persistance ou augmentation des conflits interpersonnels.
5. Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (p. ex., travail, école et amis, loisirs).
6. Difficultés subjectives à se concentrer.
7. Léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée.
8. Modifications marquées de l'appétit, hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments.
9. Hypersomnie ou insomnie.
10. Sentiment d'être débordée ou perte de contrôle.
11. Autres symptômes physiques tels que tension ou gonflement des seins, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires, impression d'« enfler », prise de poids.

**B.** La perturbation interfère nettement avec le travail ou l'activité scolaire, les activités sociales habituelles et les relations avec les autres (par exemple, évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail ou à l'école).

**C.** La perturbation ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble tels qu'un trouble dépressif majeur, un trouble de panique, un trouble

dysthymique ou un trouble de la personnalité (bien qu'elle puisse se surajouter à chacun de ces troubles).

Des évaluations quotidiennes prospectives réalisées pendant au moins 2 cycles symptomatiques consécutifs doivent confirmer la présence des critères A, B et C (avant cette confirmation, le diagnostic peut être porté à titre provisoire).

### **3.3 Outils d'évaluation et de mesure du TDPM :**

Pour la mesure de la sévérité des symptômes de façon objective et rapporter le caractère cyclique du TDPM avant d'en poser le diagnostic, le DRSP (5) (daily record of severity of problems) a été mis au afin de renforcer l'évaluation des critères spécifiques du DSM-V pour le TDPM.

Les onze symptômes psychologiques et physiques du critère A ont été décrits dans 11 éléments distincts. Trois éléments supplémentaires correspondant au critère B du DSM-V décrivaient les différentes altérations fonctionnelles causées par les symptômes. Les scores sur le DRSP doivent être attribués quotidiennement par le sujet tout au long de son cycle menstruel, sur des éléments avec des échelles de gravité de 6 points. Les niveaux de gravité sur le DRSP sont :

1 - Non sévère, 2 - Minime, 3 - Doux, 4- Modéré, 5 - Sévère, 6 - extrêmement sévère. Les patientes remplissent donc le questionnaire en cotant de 1 à 6 la sévérité quotidienne de chaque symptôme inclut dans les critères diagnostiques du TDPM et doivent également mentionner les jours de leurs menstruations



**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

La moyenne des scores attribués aux 21 premiers items est calculée pour chacun des 5 jours qui précèdent les règles ; les moyennes sont ensuite additionnées pour obtenir le score DRSP du cycle.

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

**DAILY RECORD OF SEVERITY OF PROBLEMS**

**Please print and use as many sheets as you need for at least two FULL months of ratings.** Name or Initials \_\_\_\_\_  
 Month/Year \_\_\_\_\_

Each evening note the degree to which you experienced each of the problems listed below. Put an "x" in the box which corresponds to the severity: 1 - not at all, 2 - minimal, 3 - mild, 4 - moderate, 5 - severe, 6 - extreme.

Enter day (Monday="M", Thursday="R", etc) >																	
Note spotting by entering "S" >																	
Note menses by entering "M" >																	
Begin rolling on correct calendar day >		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	
1	Felt depressed, sad, "down", or "blue" or felt hopeless; or felt worthless or guilty	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
2	Felt anxious, tense, "keyed up" or "on edge"	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
3	Had mood swings (i.e., suddenly feeling sad or tearful) or was sensitive to rejection or feelings were easily hurt	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
4	Felt angry, or irritable	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
5	Had less interest in usual activities (work, school, friends, hobbies)	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
6	Had difficulty concentrating	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
7	Felt lethargic, tired, or fatigued; or had lack of energy	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
8	Had increased appetite or overate; or had cravings for specific foods	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
9	Slept more, took naps, found it hard to get up when intended; or had trouble getting to sleep or staying asleep	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
10	Felt overwhelmed or unable to cope; or felt out of control	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
11	Had breast tenderness, breast swelling, bloated sensation, weight gain, headache, joint or muscle pain, or other physical symptoms	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
12	At work, school, home, or in daily routine, at least one of the problems noted above caused reduction of productivity or inefficiency	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
13	At least one of the problems noted above caused avoidance of or less participation in hobbies or social activities	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															
14	At least one of the problems noted above interfered with relationships with others	6															
		5															
		4															
		3															
		2															
		1															

© pending, Jean Endicott, Ph. D, and Wilma Hartiam, M.D.

**Figure 12 : grille d'évaluation du TDPM selon le DRSP (daily record of severity problems)**

## II. Epidemiologie : prévalences du SPM et TDPM :

### 1. SPM :

La fréquence du syndrome prémenstruel (9) est difficile à chiffrer en raison du caractère subjectif des symptômes et de la variabilité des critères retenus d'une étude à l'autre.

Selon l'American college of obstetricians and gynecologists, un pourcentage variant entre 20 et 40% (10) des femmes en âge de procréer présenteraient un SPM et ressenteraient une gêne physique ou psychologique les amenant à consulter.

Cependant, d'autres recherches épidémiologiques sur la prévalence indiqueraient que 80 à 90% des femmes en âge de procréer présenteraient un SPM. Cinquante pour cent des femmes présenteraient une symptomatologie modérée, et le pourcentage de femmes souffrant de symptômes perturbant leur vie sociale, professionnelle ou familiale serait de 35%. La prévalence des femmes souffrant d'un syndrome prémenstruel sévère avec une perturbation grave de tous les aspects de la vie quotidienne serait de 10%.

### 2. TDPM :

Les études épidémiologiques sur la prévalence du trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) et des symptômes et syndromes prémenstruels ont donné des résultats mitigés, selon les critères de diagnostic et la méthodologie de recueil des données utilisée.

En effet, Les études menées sur le ressencement de tout symptômes prémenstruels confondus de façon générale, c'est-à-dire l'humeur et les symptômes physiques, ont trouvé la plus forte prévalence de patientes souffrant de dysphorie prémenstruelle (Singh et al., 1998 ; Spitzer et al., 2000). Environ 50 à 80 % des femmes présentent au moins quelques symptômes

prémenstruels qui peuvent varier de légers à graves (de la Gandara Martin et de Diego Herrero, 1996 ; Hylan et al., 1999 ; Ramcharan et al., 1992 ; Wittchen et al., 2002 ; Woods et al., 1982).

Cependant, lorsque des critères plus rigoureux sont appliqués, la prévalence peut être plus faible.

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)( 26) , 3-8% ( 1, 9 ) des femmes répondent aux critères du TDPM ; un taux de prévalence qui a été étroitement reproduit dans plusieurs études épidémiologiques et enquêtes notamment par Andersch et al., 1986 ; Angst et al., 2001 ; Campbell et al., 1997 ; Chawla et al., 2002 ; Cohen et al., 2002 ; Sveindottir et Backstrom, 2000 ; Wittchen et al., 2002 ; et Gehlert et Hartlage , 1997) .

Ces différents auteurs ont trouvé que les taux de prévalence du trouble dysphorique prémenstruel (9,28) , même lorsque les critères du DSM-IV sont utilisés, varient significativement selon la méthode de mesure du changement des symptômes, à savoir si il s'agit d'une auto évaluation globale ou d'un questionnaire spécifique réunissant les critères diagnostiques du TDPM. Lorsque la méthode de sévérité absolue ( 9) est appliquée pour le recensement des symptômes, les prévalences observées de TDPM sont les plus basses, à contrario lorsqu'une méthode d'évaluation est large, les prévalences augmentent, d'où cette fourchette de 3-8% ( 1, 2, 3) retrouvée dans la littérature pour la prévalence du TDPM.

### **3. Facteurs de risque et hypothèses étiologiques :**

#### **3.1 Rappel sur le cycle menstruel (6) :**

Chez la femme le complexe hypothalamo-hypophysaire contrôle l'activité cyclique des ovaires, de la puberté jusqu'à la ménopause. A chaque cycle, sous l'action de la FSH et la LH, un des follicules ovariens sécrète des hormones sexuelles femelles, les œstrogènes et la progestérone, dont les concentrations varient en fonction du stade d'évolution du follicule.

Le cycle menstruel est l'ensemble des phénomènes physiologiques préparant la femme à une éventuelle fécondation. Il commence à la puberté et se termine à la ménopause. La durée habituelle du cycle est comprise entre 28 et 32 jours, mais il peut être plus long ou plus court.

L'ensemble des événements se déroulant le long du cycle est régulé par les sécrétions hormonales (estradiol et progestérone), elles-mêmes sous le contrôle de l'hypothalamus et de l'hypophyse.

Le cycle menstruel peut être décomposé en deux phases : la phase folliculaire et la phase lutéale.

#### **3.1-1 La phase folliculaire :**

La phase folliculaire dure 14 à 16 jours, elle est marquée par la maturation d'un follicule ovarien qui deviendra un follicule ovulatoire appelé follicule de De Graaf. Cette phase débute le premier jour des menstruations et se termine avec l'ovulation. Ces dernières étant le résultat de la desquamation de la paroi utérine (endomètre) durent en moyenne 3 à 5 jours.

a) **La croissance folliculaire :**

Le follicule est l'enveloppe qui contient l'ovocyte et lui permet de croître et de se développer. L'ovocyte reste en prophase de la méiose durant toute sa croissance. Tout d'abord, les follicules primordiaux quittent le pool de follicules quiescents et débutent leur développement. C'est le phénomène d'initiation. Cette entrée en croissance est permanente depuis la vie fœtale jusqu'à la ménopause.

Durant cette initiation, les follicules primordiaux évoluent en follicules secondaires possédant plusieurs couches de cellules de la granulosa. Cette transformation s'effectue dans un délai de plusieurs mois. Le mécanisme de l'entrée en croissance est inconnu. Puis, les follicules secondaires évoluent jusqu'au stade de follicules préantraux vascularisés. C'est la croissance folliculaire basale.

La croissance d'une cohorte de follicules préantraux débute en phase lutéale et dure 65 jours. La thèque est richement vascularisée. Durant cette période, les follicules préantraux de classe 1 vont maturer. Cette maturation se caractérise par une accumulation de liquide dans l'antrum et une multiplication des cellules de la granulosa et de la thèque interne. Au cours de cette période, le nombre de récepteur à la LH sur les cellules de la thèque interne augmente mais le nombre de récepteurs de la FSH sur la granulosa ne varie pas. La croissance folliculaire basale est indépendante de la FSH.

Puis, les follicules ayant débutés leur croissance 70 jours plus tôt deviennent des follicules sélectionnables en fin de phase lutéale. Ils sont au nombre de 3 à 11.

À partir de ce pool, le follicule ovulatoire dominant, appelé follicule de De Graaf est sélectionné. La thèque richement vascularisée se différencie en deux couches : la couche interne où s'établit la stéroïdogénèse et la couche externe formée d'un tissu conjonctif de

soutien. Les cellules de la granulosa sécrètent des œstrogènes grâce à l'activité aromatasase permettant l'aromatation des androgènes fournis par la thèque interne. L'aromatase est sous la dépendance de la FSH.

La FSH et l'estradiol agissent en synergie pour multiplier les récepteurs à la FSH ainsi que les cellules de la granulosa. Le follicule de De Graaf va croître en raison de la multiplication cellulaire et de l'accumulation de liquide dans l'antrum.

On observe également une augmentation de l'affinité des récepteurs de la FSH ce qui permet d'expliquer la croissance du follicule malgré une baisse de la sécrétion de FSH en raison de la production par ce dernier d'estradiol et d'inhibine.

Cette chute de la sécrétion de FSH va entrainer les autres follicules vers la mort cellulaire appelée atresie.

Sous l'influence du pic de LH, l'ovocyte devient un ovocyte de deuxième ordre et termine sa division méiotique.

Les différentes couches de la thèque du follicule vont se rompre par l'action d'une enzyme protéolytique, appelée la plasmine, ainsi que par le phénomène de contraction de De Graaf.

### **3.1-2 Phase lutéale :**

Après l'ovulation, la phase lutéale débute. Elle dure 10 à 16 jours et se définit par la présence d'un corps jaune qui sécrète de la progestérone et de l'estradiol. Ces hormones sont responsables de la prolifération de l'endomètre. En l'absence d'une fécondation de l'ovocyte, le corps jaune régresse ce qui entraîne un déclin du taux d'estradiol et de progestérone. Cette diminution du taux d'hormone est à l'origine des menstruations.

**3.1-3 Role des différentes hormones :**

**a) Gnrh**

La GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone) est sécrétée par l'hypothalamus de manière pulsatile. Celle-ci est provoquée par la liaison de la protéine Kiss (produite par les neurones KNDY) à son récepteur KissR situé sur la membrane des neurones à GnRH.

Le cycle menstruel et la sécrétion des différentes hormones sexuelles découlent de cette sécrétion pulsatile de GnRH.

**b) Gonadotrophines hypophysaires :**

- ❖ La GnRH va se lier sur son récepteur sur les cellules de l'hypophyse, appelées cellules gonadotropes. Ces cellules vont sécréter et libérer deux hormones nommées gonadotrophines hypophysaires : la LH (Hormone lutéinisante) et la FSH (Hormone Folliculo-Stimulante).
- ❖ Ce sont des hormones glycoprotéiques formées de deux sous unités alpha et beta reliées par des liaisons non covalentes. La sous unité alpha est commune à la LH et la FSH mais aussi à la TSH et la hCG. C'est la sous-unité beta qui donne la spécificité biologique de l'hormone.
- ❖ La FSH va permettre le recrutement et la croissance des follicules et la LH va déclencher l'ovulation.
- ❖ En effet, dans la première partie du cycle, on observe une montée progressive de la FSH circulante qui va se lier aux récepteurs de la granulosa des follicules (seuls les follicules ayant atteint le stade antral précoce sont sensibles à la FSH). L'augmentation de la FSH entraîne dans un premier temps, entre J1 et J4, le recrutement d'une cohorte folliculaire puis dans un second temps, entre J5 et J7, la sélection d'un seul follicule, suivit de sa maturation entre J7 et J14.
- ❖ La LH va activer des enzymes nécessaires à la rupture folliculaire et à l'ovulation en milieu de cycle.



**c) Oestrogenes :**

- ❖ L'estradiol est sécrété durant la première phase du cycle ovarien par les cellules de la granulosa des follicules en croissance. Sa sécrétion dépend donc du taux de FSH. Son taux augmente progressivement jusqu'au moment de l'ovulation. Puis, il diminue au cours de la phase lutéale jusqu'à ce que le corps jaune produise de l'estradiol et provoque un second pic qui sera moins important que le premier. Finalement son taux chute jusqu'aux menstruations.
- ❖ L'estradiol est responsable du développement des caractères sexuels féminins (développement des seins, répartition de la graisse sous-cutanée, pilosité), de la production d'ovocytes, de la préparation de l'utérus à une éventuelle implantation de l'œuf.
- ❖ L'estradiol favorise le renouvellement osseux en stimulant les ostéoblastes (cellules participant à la formation de l'os) et protège la masse osseuse. Au niveau métabolique, l'estradiol limite la formation de plaques d'athérome. L'estradiol peut entraîner l'apparition d'œdèmes et provoquer une rétention hydro-sodée.

**d) Progesterone :**

- ❖ La progestérone est principalement présente en deuxième partie de cycle, elle est produite par le corps jaune.
- ❖ Elle va préparer l'utérus pour une éventuelle grossesse et a une action sédatrice sur le système nerveux central.

**3.2 Etiologies/ physiopathologie :**

Dans l'étiologie du SPM et TDPM, plusieurs facteurs ont été évoqués. Il s'agit probablement d'une synergie de facteurs impliqués dans la genèse du trouble : endocriniens, neurologiques, environnementaux.

a) Théories neuro-endocriniennes et sensibilité neurobiologique aux variations hormonales (8) :

La théorie neuroendocrinienne (1, 2, 4) explique le TDPM par l'effet des hormones sexuelles, à savoir l'œstrogène et de la progestérone sur les systèmes de la sérotonine et de la dopamine, principaux neurotransmetteurs du SNC responsables de l'humeur.

En effet, les fluctuations des niveaux hormonaux d'oestrogène et de progesterone auraient comme effet secondaire un dérèglement des niveaux de sérotonine, et de dopamine, au niveau du SNC, ayant pour principale conséquence l'installation de symptômes psychiques constituant au premier plan le TDPM, à savoir, le sentiment de dépression, de désespoir, de tension, et de nervosité. Ce dérèglement sérotoninergique se fait par le biais d'une diminution de la densité des récepteurs de sérotonine et une diminution de la sensibilité aux agonistes sérotoninergiques, conséquent à une chute du taux d'oestrogènes au cours de la phase lutéale versus phase proliférative du cycle menstruel, et cela a été démontré par plusieurs études. (2)

L'hypothèse neuroendocrine du TDPM stipule donc fermement l'existence d'un lien entre fluctuations des hormones sexuelles (œstrogènes, progestérone) et système nerveux via le dérèglement via l'abaissement du taux de certains neurotransmetteurs dont la sérotonine

Parrallèlement à ce dérèglement sérotoninergique secondaire aux fluctuations hormonales périmenstruelles, le terrain propre à certaines femmes à savoir la sensibilité biologique à ces fluctuations s'impose aussi comme élément majeur dans la théorie neuroendocrinienne du TDPM : certaines femmes auraient une sensibilité augmentée aux variations cycliques des hormones, avec une différence de réponse du système nerveux central.

Le TDPM se dresse ainsi comme un désordre neuro-endocrinien ou une « dysfonction psycho-endocrinienne » où le système nerveux devient extrêmement sensible aux variations hormonales prémenstruelles, il s'en suit un dérèglement des neurotransmetteurs impliqués

dans la régulation de l'humeur , surtout la sérotonine. Cette dernière est impliquée de près dans l'expression de l'irritabilité et de la colère, et également dans l'apparition de symptômes dépressifs ainsi que dans les troubles d'appétit souvent remarquées dans le trouble dysphorique prémenstruel, ce qui explique en grande partie que les symptômes comportementaux et psycho-affectifs sont au premier plan du TDPM et que cela ampute la qualité de vie socio professionnelle au cours de cette période du cycle.

Le TDPM résulterait donc d'une vulnérabilité neurobiologique aux variations normales des stéroïdes sexuelles circulantes pendant le cycle menstruel

**b) Théorie hormonale :**

La théorie hormonale présente le syndrome prémenstruel comme une conséquence du déséquilibre entre le taux de progestérone et le taux d'œstrogène observé en fin de cycle menstruel (1, 2, 4) , lors de la phase lutéale. Nous assistons à ce moment du cycle à une diminution des taux d'oestradiol (47) versus une augmentation des taux de progestérone (55) secrétés par le corps jaune, le taux de progestérone étant considéré comme trop bas. On parle alors d'hyperoestrogénie relative en raison d'une insuffisance lutéale.

Cette baisse drastique du taux oestrogène versus augmentation de la progestérone durant la phase lutéale du cycle menstruel serait responsable des symptômes physiques et psychiques du SPM/ tdpm, d'ailleurs des études menées sur des femmes ménopausées chez lesquelles on avait diagnostiqué un SPM présentaient des symptômes psychiatriques et physiques récurrents lorsqu'elles recevaient un traitement progestatif de la ménopause.

De plus, il a été démontré que les œstrogènes et les analogues de l'hormone libérant des gonadotrophines amélioreraient considérablement les symptômes du syndrome prémenstruel.

Ainsi, la théorie hormonale du TDPM s'explique principalement par l'excès en estrogènes et le déséquilibre du rapport estrogène/progestérone, suspectés dans l'étiopathogénie du SPM et du TDPM .

c) **Autres facteurs :**

**facteurs Alimentaires (1,2,4) :**

Des facteurs alimentaires ont été impliqués dans l'étiopathogénie du SPM. Il s'agit de :

- Carence vitaminique , notamment en magnésium, manganèse, vitamines B, vitamine E, et acide linoléique
- Alimentation riche en sucres
- La consommation excessive de caféine , en effet des études ont démontré que les femmes qui consomment de grandes quantités de boissons caféinées présentent un SPM plus sévère
- L'abus d'alcool et la consommation de tabac , qui est fortement impliqué dans la sévérité et la fréquence de la symptomatologie prémenstruelle .

**facteurs psychosociaux (22, 25) :**

Les facteurs psychosociaux peuvent contribuer aussi aux symptômes prémenstruels.

- ✓ Les événements de la vie majeurs
- ✓ les facteurs de stress journaliers influencent l'évolution et la sévérité du TDPM : le mariage, le divorce, la prise en charge et l'éducation des enfants , l'intégration dans un milieu socio professionnel de haut niveau
- ✓ L'âge de 30-40 ans

- ✓ La parité basse peut être associée avec un risque augmenté de SPM et TDPM vraisemblablement parce que les femmes avec moins de grossesses ont plus de cycles menstruels et sont en conséquence plus exposées aux changements cycliques des estrogènes et progestérone ( terrain d'hyperoestrogénie relative )

✚ **Facteurs génétiques et environnementaux (1,2, 22):**

D'autres facteurs de risque sont incriminés dans la genèse du TDPM :

- ✓ la prédisposition génétique : le TDPM est deux fois plus fréquent chez les jumeaux homozygotes que chez les dizygotes
- ✓ l'expérience de violence physique ou sexuelle durant l'enfance ou l'adolescence
- ✓ l'obésité
- ✓ une incidence familiale augmentée du syndrome prémenstruel
- ✓ L'association avec des états dépressifs
- ✓ Les maltraitements physiques et/ou psychiques durant l'enfance ou l'adolescence.

**3.1-4 TRAITEMENT :**

Le but du traitement dans le TDPM est une réduction des symptômes et une amélioration du fonctionnement.

Les méthodes thérapeutiques sont nombreuses et sont surtout représentées par des conseils hygiénodététiques et une chimiothérapie médicamenteuse.

▪ Traitement non médicamenteux :

a) **Techniques psychothérapeutiques**

- La psychothérapie de soutien : il s'agit d'un accompagnement empathique, permettant un lieu de parole avec un interlocuteur neutre et bienveillant. Elle

comporte un volet pédagogique (explication des troubles et des modalités de prise en charge) et un volet pratique avec des conseils d'hygiène de vie

- Les thérapies comportementales et cognitives et la relaxation : visent essentiellement à une réduction du stress dont l'impact sur la sévérité de la symptomatologie prémenstruelle est important . Il s'agit surtout de l'apprentissage et de la pratique de technique de relaxation et de gestion du stress.

Elles s'adressent particulièrement aux femmes qui ne souhaitent pas prendre le médicament, et constituent un traitement adjuvant au traitement médical. ( 4)

**b) Règles hygiéno-diététiques**

Pour améliorer le TDPM, des recommandations simples peu- vent être utiles.

Il s'agit de règles diététiques visant à réduire la consommation de nourritures salées, du sucre, de la caféine, du chocolat, de la viande rouge, des produits laitiers, et de l'alcool, au profit d'une alimentation riche en hydrates de carbone et en fibres, avec plus de fruits et de légumes.

Une hygiène saine de vie passe par :

- une activité sportive régulière et modérée qui augmente le taux des endorphines
- l'instauration d'horaires réguliers concernant le sommeil et le travail .

## 1) Traitements médicamenteux (20,21) :

Les indications des traitements médicamenteux sont représentées par les formes sévères non améliorées par les thérapies non pharmacologique. L'arsenal thérapeutique médicamenteux comporte :

### Antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs et surtout des IRSS dans le SPM est fortement démontrée . Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont des nouveaux antidépresseurs, se distinguant par leur bonne tolérance et par la spécificité de leur mécanisme d'action permettant en inhibant la recapture de la sérotonine dans la fente synaptique et permet de corriger les anomalies de la neurotransmission sérotonergique sous-tendues par les variations hormonales durant le cycle ovarien. Tous les IRSS seraient efficaces dans cette indication, améliorant les symptômes affectifs et physiques .

### Anxiolytiques

L'alprazolam peut être efficace pour diminuer l'irritabilité et l'anxiété durant la phase prémenstruelle. Néanmoins compte tenu du risque de dépendance, l'usage de ces molécules doit être restreint, à des doses minimales et limitées à la phase lutéale.

### Contraceptifs oraux

Leur indication tient à leur capacité à supprimer l'ovulation et peuvent donc offrir un équilibre hormonal optimal soulageant les symptômes prémenstruels pour quelques femmes. Ils sont néanmoins indiqués en cas de prédominance de symptômes physiques, et dans ce cadre les contraceptifs triphasiques seraient plus efficaces que les monophasiques .

### Progestérone

L'indication de la progestérone dans le traitement du TDPM était la baisse de celle-ci au cours de la phase lutéale mais les études menées n'ont pas validé la constance des résultats de l'administration de cette molécule.

### Traitement endocrinologique (48) :

Le traitement avec GnRH agonistes vise à inhiber le système endogène chronobiologique à l'origine du cycle menstruel. Les analogues agonistes de la GnRH ou de l'hormone de libération de l'hormone lutéinisante (LH-RH), comme la buséreline (Bigonist<sup>®</sup>), la goséreline (Zoladex<sup>®</sup>) et la leuproréline (Enantone<sup>®</sup>) constituent un traitement efficace du TDPM, mais en raison de leur action prolongée, ils miment l'administration en continu de la GnRH, produisent une désensibilisation de l'hypophyse et abaissent la sécrétion des gonadotrophines et de stéroïdes sexuels. Par conséquent, les concentrations d'œstrogènes sont habituellement réduites de façon marquée, exposant ainsi les patientes à un risque accru d'ostéoporose en cas d'administration prolongée (53, 54).

Plusieurs études ont confirmé que le danazol (Danatrol<sup>®</sup>), androgène synthétique, supprime l'ovulation et élimine les symptômes. Malheureusement, ce traitement comporte des effets secondaires importants comme l'augmentation de risques cardiovasculaires, une prise pondérale et une augmentation de la pilosité.

La bromocriptine, qui a été utilisée à partir de l'hypothèse selon laquelle des taux élevés de prolactine pourraient être associés à certains symptômes de SPM, ne montre pas d'efficacité supérieure à celle du placebo.



### Thérapies alternatives ( 4,20,21)

Elles sont essentiellement représentées par les suppléments diététiques et vitaminiques.

#### Vitamine B6

Son utilisation dans le TDPM découle de ses propriétés comme cofacteur dans la synthèse de la sérotonine, et ses relations avec la prolactine, sa baisse entraînant des taux élevés de prolactine avec comme conséquences l'œdème et les symptômes psychologiques associés au TDPM

#### Calcium

À la dose de 1200 mg/j, son efficacité est démontrée sur la dépression, la rétention d'eau, la tendance boulimique, la fatigue et l'insomnie. Dans une étude contrôlée randomisée multicentrique, englobant 497 femmes, il a été démontré que le supplément calcique sous forme de 1200 mg de carbonate de calcium délivré durant trois cycles améliorerait significativement la symptomatologie prémenstruelle, entraînant en effet une réduction de 48 % de l'intensité symptomatique.

#### Magnésium

Prescrit à doses de 200 mg à 400 mg par jour, le magnésium peut être utile pour soulager des symptômes prémenstruels.

#### Vitamine E

Lorsqu'elle est administrée à des doses jusqu'à 600 UI par jour, la vitamine E serait efficace, améliorant l'humeur et réduisant les symptômes physiques du TDPM.

## II. Discussion des résultats :

### 1. L'étude du TDPM :

#### A) Comparaison des prévalence du TDPM :

Plusieurs outils diagnostiques sont utilisés pour porter le diagnostic de TDPM, ce qui affecte les prévalences obtenues par différentes études, et ce qui explique la grande disparité dans les données de la littérature.

Dans notre étude la prévalence du TDPM était de 22%, en se basant sur le questionnaire DSM IV . Les études menées par Bakhchani & al en Iran (18), et par Robbinsson & al (15) aux états unis ont conclus respectivement à des prévalences de 16% et 11,3%. Des études menées en Chine, au Japon, et en Suisse, sont parvenus à des prévalences très basses, de 2% , 3%, et 1% respectivement.

Cette variabilité des résultats s'explique par la variabilité des méthodes de recensement des données selon les études. , en effet dans notre étude nous étions contraint d'étayer notre questionnaire selon un mode rétrospectif, et donc l'évaluation des symptômes se fait selon un mode subjectif. L'utilisation du DRSP qui est la méthode objective d'évaluation de la sévérité des symptômes prémenstruels sur une période de deux cycles menstruels est contraignante et ne nous était pas permis. Le DRSP permet de restreindre la subjectivité au maximum et ressort donc l'état de la prévalence du TDPM comme le montre l'étude de Takeda & al au japon (13) ( 1,2%) .

Par ailleurs les différences socio culturelles des différents échantillons expliquent aussi cette variabilité des prévalences d'un pays à l'autre. (Tableau 1)

**Tableau I : les différentes prévalences de TDPM selon différentes études menées dans différents**

**Pays.**

<b>Pays</b>	<b>Auteur</b>	<b>année</b>	<b>Taille de l'échantillon</b>	<b>Prévalence du TDPM</b>	<b>Types de questionnaire</b>
Maroc	Arjdal & Al	2021	300	22%	DSM IV
Jordanie	Albsoul & Al	2017	380	14,3%	DSM IV+ PSST
Iran	Bakhchani & Al	2009	300	16%	Non cité
Chine	Mingqi Qiao & AL	2012	4715	2,1%	DSM IV
Suisse	Tshudin & AL	2010	3913	3,1%	PSST
Etats-Unis	Robbinsson & AL	2000	102	11,3%	Non cité
Japon	Takeda & AL	2006	1152	1,2%	Dsm IV + DRSP

**B) Comparaison des fréquences des symptômes inclus dans les critères diagnostics DSM du TDPM :**

Symptômes somatiques :

- Les symptômes physiques ont toujours été rapportés comme présents au cours de la période prémenstruelle, même si à des degrés d'importance variable. Etant donné que les critères diagnostics du TDPM mettent les symptômes liés à l'humeur et à sa repercussion sur le quotidien au premier plan, plusieurs auteurs se sont limités à décrire la présence des symptômes physiques dans leur globalité, et non dans le détail, comme le suggère les études

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

de Takeda & Al (51%)( 13) , Tshudin & AL ( 75%) ( 12) , ou encore Albsoul & al (78%) ( 19) ( TABLEAU 2)

- Dans notre étude le symptôme physique prémenstruel le plus prévalent était le gonflement mammaire, de même que l'étude de Mingqui & al.

**Tableau II : comparaison des prévalences des symptômes physiques du TDPM dans différentes études.**

Etude	Pays	Tous symptômes physiques confondus	Gonflement mammaire	Céphalée	Douleurs pelviennes	Ballonnement abdominal
Notre série	Maroc 2021	-	43%	27%	14%	29%
Takeda & al	Japon	51%	-	-	-	-
Tshudin & AL	Suisse	75%	-	-	-	-
Mingqui Qia & AL	Chine	-	77,6%	36,6%		63%
Albsoul & al	Jordanie	78%				

**1. Symptômes psycho-affectifs :**

En ce qui concerne les symptômes psychoaffectifs de la période prémenstruelle les plus fréquents dans notre série étaient de loin la colère et irritabilité ( 47%) et l'anxiété ( 43%), et qui sont les deux maîtres symptômes rencontrés également dans les études de takeda & al ( 12) ( 70% et 68,5%), de Mingqi qia & al ( 16) ( 91% et 54%), mais aussi de albsoul & al ( 19) ( 61 et 68 %). Dans l'étude menée par tshudin & al la labilité émotionnelle a culminé comme symptôme somatique le plus fréquent (57%),

**Tableau III : comparaison des prévalences des symptômes psychoaffectifs du TDPM dans différentes études**

Étude	Pays	Humeur dépressive	Colère/ irritabilité	Anxiété	Labilité émotionnelle	Sentiment de tension
Notre série	Maroc 2021	29%	47%	39%	43%	
Takeda & al	Japon	38%	70%	68,5%	37%	68,5
Tshudin & AL	Suisse	30,7%	57%	27,5%	57%	28%
Mingqui Qia & AL	Chine	68,3%	91%	53,7%	41%	
Albsoul & al	Jordanie	77%	57%	68%	80%	52%

## **2. Symptômes comportementaux :**

Notre étude a révélé que les symptômes comportementaux du TDPM les plus fréquents au cours de la période prémenstruelle sont le sentiment d'être débordé (61%) et la diminution d'intérêt pour les activités quotidiennes. Dans l'étude de Takeda & al (13) et de Tshudin et Al (12) , études menées dans des centres urbains au japon et en suisse, c'est la fatigue marquée qui était la plus prévalente, sans doute lié au rythme de vie de ces populations. Dans une étude menée par Albsoul & al (19) sur un échantillon d'étudiantes, les difficultés de concentration était le symptôme le plus rapporté. Ainsi ces résultats confortent les données de la littérature qui rapportent une grande variété des symptômes comportementaux dominants, selon les différences socio-culturelles liées à chaque population.

**Tableau IV : comparaison des prévalences des symptômes comportementaux du TDPM dans différentes études**

Etude	Pays	Difficultés de concentration	Fatigue marquée	Boulimie	Insomnie, hypersomnie	Sentiment d'être débordé	Diminution d'intérêt pour les activités quotidiennes
Notre série	Maroc 2021	49%	47%	22%	41%	61%	59%
Takeda & al	Japon	45,8%	51,6%	38,7%	47,8%	25 ,5%	29,6%
Tshudin & AL	Suisse	17,9%	57,9%	41,4%	28,3%	11,7%	-
Albsoul & al	Jordanie	90%	64%	75%	73%	90%	50%

### **3. Retentissement sur la qualité de vie :**

Notre étude a rapporté que la productivité au travail était le domaine de la vie quotidienne le plus altéré par les symptômes reliés à la période prémenstruelle, ce qui converge avec le travail de Takeda & al (13) . Une étude menée par tshudin & al (12) a en revanche rapporté que ce sont plutôt les relations familiales qui étaient le plus affectés.

**Tableau VI : comparaison des prévalences du retentissement sur la qualité de vie dans le TDPM dans différentes études**

Etude	Pays	Productivité au travail	Relations familiales/ collègues	Activités sociales	Responsabilités ménagères
Notre série	Maroc	49%	12%	39%	53%
Takeda & al	JAPON	50%	22%	23%	50%
Tshudin & Al	Suisse	45,5%	52,5%	36,7%	39,7%

### **C) Comparaison du TDPM selon différentes variables :**

Selon la littérature, les différentes études menées ont apportées des résultats controversés en ce qui concerne l'existence d'une corrélation entre la sévérité des symptômes du TDPM et certains facteurs sociodémographiques, à savoir, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, ainsi que le style de vie , notamment les habitudes toxiques ( consommation de tabac, alcool, café ) et enfin le niveau d'activité physique . Par ailleurs, certains auteurs se sont également intéressés, à travers leurs études, à l'éventuelle association entre TDPM et antécédents gynéco-obstétricaux (durée et régularité du cycle menstruel habituel, dysménorrhée, antécédents de fausse couche ou d'avortement) mais également l'association ou non avec la dépression .

#### **1. Age jeune :**

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il n'existe pas de corrélation entre l'âge et la survenue du TDPM, l'indice de pearson à 0,520 calculé dans notre échantillon n'était pas en faveur d'une corrélation significative. Ceci conforte les résultats obtenus par l'étude de cohen & al (OR=1) et de SooHoo sung & al ( 14) ( ip = 0,2) qui ont rapportés également l'absence de corrélation entre age jeune et TDPM.

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

Cependant, ces résultats divergent par rapport à ceux obtenus par les auteurs Albasoul & Al (19) ( $p = 0,001$ ) ; Bakhchani & al (18) ( $p = 0,05$ ), qui étaient en faveur d'une corrélation entre TDPM et âge jeune. Inversement, les auteurs Tshudin & Al (OR=1,64) ; Robinson & al (15) ( $p = 0,0036$ ) ; et Hamaideh & Al (17) avaient des résultats penchant vers l'existence d'une corrélation entre âge avancé des patientes et TDPM.

- Dans notre échantillon la non existence de corrélation pourrait être attribué au fait que la population la plus jeune, de moins de 20 ans, ne représentait que 25% de notre échantillon, ce qui n'est pas suffisamment représentatif pour établir une éventuelle association.

**Tableau VII : comparaison des corrélations entre âge jeune et TDPM selon différentes études**

Pays	Auteur	Indice de Pearson	Corrélation (oui ou non)	Résultats
Notre série	Arjdal & al	0,520	Non	
Jordanie	Albasoul & al	0,001	Oui (avec âge jeune)	
Iran	Bakhchani & al	0,05	Oui (avec âge jeune)	17-20 ans : 109  25-27 ans : 33
Etats unis	Cohen & Al	OR= 1	Non	
Suisse	Tshudin & al	OR = 1 ,64 (OR >1 : significatif)	Oui (avec âge avancé)	Tranche d'âge la plus touchée = 35-44 ans
Etats unis	Robinson & al	<0,0036	Oui	
Jordanie	Hamaideh & al	0,038	Oui (avec âge avancé)	
Corée	Soo Hoo Sung & al	0,2	Non	



## 2. Statut matrimonial :

Dans notre série, il n'y avait pas de corrélation entre TDPM et statut marital, ce qui va dans le même sens que les études menées par Bakhchani & al ( 18) ( ip= 0,26) , et Cohen & al ( OR=1) . Cependant, Albasoul & al ( 19) ( ip=0,030) , Tshudin & al (12) ( OR= 1,44) , ou encore Hamaideh & al (17) (ip = 0,000) , ont trouvé une corrélation entre la sévérité des symptômes et le célibat, le TDPM était plus prévalent chez les femmes non mariées.

Les célibataires dans notre échantillon ne représentaient que 35%, notre étude étant menée dans des centres de santé urbains de médecine de famille, dont la grande majorité de la patientèle est représentée par des femmes au foyer et mères de famille. D'où la non corrélation retrouvée dans notre étude

**Tableau VIII : comparaison des corrélations entre statut matrimonial et TDPM selon différentes études**

Pays	Auteur	Tdpm chez les mariées	Tdpm chez les célibataires	Indice de Pearson	Corrélation (oui ou non)
Notre série	Arjdal & al			0,36	Non
Jordanie	Albasoul & al	54%	40%	0,030	Oui (avec célibat)
Iran	Bakhchani & al	43	257	0,26	Non
suisse	Tshudin & al			OR= 1,44	Oui (avec célibat)
Etats unis	Cohen & al			OR= 1	Non
jordanie	Hamaideh & al			0,0000	Oui (avec célibat)

### 3. Niveau d'éducation scolaire :

- Le niveau d'éducation bas a été décrit par plusieurs auteurs comme relié à un plus haute prévalence de TDPM, tel que Cohen & al ( OR=2,3) dont l'étude menée a aboutit à l'existence d'une corrélation avec un OR À 2,3. Encore une fois la littérature est variable à ce sujet, et rapporte la non existence de corrélation , notamment dans les études de Albasoul & al ( 19) ( ip = 0,989), de hamaideh & al ( 17) ( ip= 0,523) , et dont les résultats convergent avec le notre ( ip= 0,381) .

**Tableau IX : comparaison des corrélations entre niveau d'éducation scolaire et TDPM selon différentes études**

Pays	Auteur	Indice de Pearson	Corrélation
Notre série	Arjdal & al	0,381 (unilatéral)	Non
Jordanie	Albasoul & al	0,989	Non
Etats unis	Cohen & al	OR = 2,3	Oui (avec niveau d'éducation bas)
Jordanie	Hamaideh & al	0,523	Non

### 4. Niveau d'activité physique :

**Tableau X : comparaison des corrélations entre niveau d'activité physique et TDPM selon différentes études :**

Pays	Auteur	Indice de pearson	Corrélation ( oui ou non)
Maroc	Notre série	0,616	Non
Suisse	Tshudin & al	OR = 0,83	Non
Corée	Soo Hoo Sung & al	0,6	Non
Jordanie	Hamaideh & al	0,03	Oui

Dans notre étude l'activité physique n'était pas corrélée au trouble dysphorique prémenstruel. Ce qui est en accord avec les études menées par Tshudin & Al, Soo hung & Al et Hameidah & al .

### 5. Facteurs gynéco-obstétricaux :

- Concernant l'existence d'une éventuelle corrélation entre TDPM et facteurs gynéco-obstétricaux, les résultats de notre étude étaient comme suit : pas de corrélation avec la régularité du cycle menstruelle, résultats similaires aux études de soo hoo sung (14) et hamaideih (17) ; ni avec l'antécédent de fausse couche, en revanche, nous avons conclu à une corrélation significative entre tdpm et dysménorrhée ( $p = 0,023$ ) . La dysménorrhée étant elle-même liée aux modifications hormonales cycliques, sa présence est donc corrélée au TDPM qui lui-même est une conséquence de la vulnérabilité du SNC aux variations hormonales.

#### a) Régularité du cycle menstruel :

**Tableau XI : comparaison des corrélations entre régularité du cycle menstruel et TDPM selon différentes études**

Pays	Auteur	Indice de Pearson	Corrélation (oui ou non)
Maroc	Arjda & al	0,191	Non

b) Antécédant d'avortement ou fausse couche :

Tableau XII : corrélations entre antécédant d'avortement ou fausse couche et TDPM dans notre étude

Pays	Auteur	Indice de Pearson	Corrélation (oui ou non)
Maroc	Arjdal & al	0,616	Non
Corée	Soo hoo sung & al	0,5	Non
Jordanie	Hamaideh & al	0,226	Non

c) Dysménorrhée

Tableau XIII : corrélations entre dysménorrhée et TDPM dans notre étude

Pays	Auteur	Indice de pearson	Corrélation (oui ou non)
Notre série	Arjdal & al	0,023	Oui

**6. Atcd de dépression :**

- Notre étude a conclut à l'existence de corrélation entre TDPM et antécédent de dépression, ce qui est en accord avec les études menées par Tshudin & al ( 12) , witchen & al ((11) , ou encore Cohen & al, qui ont conclus de même à l'association significative entre TDPM et dépression. Nos résultats sont en effet représentatifs d'un échantillon principalement composé de femmes au foyer, avec une culture orientale, sans emploi, dépendantes financièrement et non instruites, ce qui de trouble dépressif, par ailleurs un tiers des femmes

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

de notre échantillon présentent un sentiment de dépression durant leur période prémenstruelle et ce de façon cyclique ce qui est représentatif de l'impact de ce symptôme.

**Tableau XIV : comparaison des corrélations entre régularité du cycle menstruel et TDPM selon différentes études**

Pays	Auteur	Indice de pearson	Corrélation ( oui ou non)
Notre série	Arjdal & al	0,089 (unilatéral)	Non
suisse	Tshudin & al	< 0,001	Oui
Allemagne	Witchen & al	< 0,005	Oui
Etats unis	Cohen & al	OR=3,6	Oui

**7. Antécédent,familial de spm : dans notre étude l'antécédent familial de spm n'était pas corrélé à l'existence de TDPM.**

En effet notre échantillon étant de petite taille, et l'antécédent de Spm familial n'étant pas retrouvé chez près des deux tiers de notre échantillon , ceci n'est pas assez représentatif pour établir une corrélation d'où la contrainte d'établir une corrélation significative.

**Tableau XV : corrélations entre régularité du cycle menstruel et TDPM dans notre étude**

Pays	Auteur	Indice de pearson	Corrélation (oui ou non)
Notre série	Arjdal & al	0,220	Non

## 8. Consommation de toxiques :

### Alcool :

La consommation d'alcool n'est pas un facteur prédictif de TDPM selon notre étude (ip= 0,129) , tandis que l'étude menée par Witchen & al ( 11) rapporte l'inverse avec un ip <0,001. Notre échantillon était majoritairement composé de femmes au foyer, mères, non consommatrices d'alcool, ce qui pourrait expliquer nos résultats.

**Tableau XIII : comparaison des corrélations entre consommation d'alcool et TDPM selon différentes études**

Pays	Auteur	Indice de pearson	Corrélation ( oui ou non)
Notre série	Arjdal & al	0,129	non
Suisse	Witchen & al	OR=2,2 iP< 0,001	Oui

- Tabac

- Il parait que le tabac est un facteur prédictif majeur de survenue du TDPM : en effet notre étude a rapporté un puissant indice de corrélation de l'ordre de 0,000 ce qui est très significatif quant à l'existence d'une association entre tdpm et tabac. Ce résultat est largement conforté par les études de Tshudin & al (12) (OR=1,67) ; Witchen & Al (11) , (  $p < 0,001$ ), et de cohen & al (OR= 4,1).

**Tableau XIV : comparaison des corrélations entre consommation de Tabac et TDPM selon différentes études.**

Pays	Auteur	Indice de pearson	Corrélation ( oui ou non)
Notre série	Arjdal & al	0,000 ( unilatéral)	Oui
Suisse	Tshudin & al	OR= 1,67	oui
Allemagne	Witchen & al	< 0,001	Oui
Etats unis	Cohen & al	OR=4,1	Oui
jordanie	Hamaideh	0,5	Non



## *RECOMMANDATIONS*





### **Guidelines**

- La prise en charge du TDPM devrait préconiser une stratégie thérapeutique. L'utilisation d'une stratégie permet d'envisager un projet thérapeutique à étapes successives, qui a l'avantage d'être clair pour la patiente et pour le médecin qui permet d'éviter les changements thérapeutiques souvent induits par les patientes, exaspérées par la constellation de symptômes et par leurs conséquences sur leur propre vie et leur vie de couple.

De telle manière, on proposera des étapes successives avec un traitement progressivement plus chargé.

- On propose trois étapes progressives selon la réponse de la patiente :
  - Dans la première étape, on conseille aux patientes des modifications diététiques avec une augmentation de l'apport en hydrates de carbone complexes et une diminution du sucre, du sel, de la caféine et de l'alcool. Ce régime alimentaire sera accompagné par des suppléments de calcium et de magnésium avec une augmentation de l'activité physique aérobique et un style de vie visant une réduction du stress.
  - On passera à la deuxième étape si pendant 3 cycles les patientes ne répondent pas à la première étape. On introduira alors un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI). On pourra choisir entre un traitement discontinu ou continu pendant tout le cycle. En termes de rapport efficacité/coût, on pourra choisir d'administrer d'abord le traitement pendant la phase lutéale et en cas de non-réponse, on passera à un traitement quotidien.
  - En cas de non-réponse au traitement avec SSRI, on passera à la troisième étape et on introduira un traitement avec GnRH.

## La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa

---

- Une psychothérapie à orientation cognitivo-comportementale est utile dans toutes les circonstances et sera recommandée comme thérapie adjuvante dans la deuxième et la troisième étape.

Il va de soi qu'une étroite collaboration et communication entre gynécologue et psychiatre est très importante et va être déterminante dans le pronostic.

### Comment aider les patientes atteintes de TDPM ?

Dans un premier temps, il faut insister sur les règles hygiéno-diététiques suivantes :

- Pratique d'une activité physique 2 à 3 fois par semaine
- Arrêt de la consommation de tabac
- Diminution des substances stimulantes comme le café ou l'alcool
- Consommation d'une quantité suffisante de protéines. Elles sont présentes dans les œufs, la viande ou les produits laitiers mais il faut privilégier les protéines végétales comme les légumes secs, les amandes ou les céréales complètes.

Selon l'EFSA, les besoins sont de 0,83 g par kg et par jour pour un adulte. Ce qui correspond à environ 50 g pour une femme de 60 kg.

Il convient de proposer un exemple d'apport journalier à la patiente : une escalope de dinde de 125 g le midi avec comme dessert un fromage blanc de 100 g et le soir une portion de 200 g de lentilles. L'apport total de protéines est de 29 g pour l'escalope de dinde, 7 g pour le fromage blanc et 18 g pour les lentilles, ce qui fait un apport journalier de 54 g.

- Augmentation de la consommation de tryptophane : c'est un précurseur de la sérotonine, il joue sur l'humeur (légumes secs, produits laitiers, amande, noix de coco)

## La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa

---

- Augmentation de la consommation en magnésium : il est myorelaxant et diminue l'anxiété (céréales complètes, les fruits oléagineux, chocolat noir, eau minérale riche en magnésium comme Hépar ou Contrex)
- Pour lutter contre la rétention d'eau : maintien d'une bonne hydratation et limitation de l'apport en sodium, c'est-à-dire diminution du sel, des aliments transformés, fromages, eaux gazeuses, pain, ainsi que la charcuterie
- Pour diminuer l'inflammation, l'alimentation doit être riche en oméga 3 (contenus dans l'huile de colza ou de noix vierge, les poissons gras ainsi que les fruits oléagineux) et pauvre en acides gras saturés
- Pour lutter contre les fringales, une alimentation riche en sucres non raffinés et céréales complètes diminue le pic d'insuline post-prandiale et donc les fringales.

Lorsque l'application des règles hygiéno-diététiques ne suffit pas à calmer les symptômes, l'utilisation des plantes et des compléments alimentaires est justifiée. Pour vous aider lors de la dispensation de ces compléments alimentaires, il est possible de suivre l'arbre décisionnel ci-dessous.



## *CONCLUSION*



L'étude de la santé mentale des patientes souffrant de SPM est capitale, surtout que le TDPM en est une forme sévère, déguisée, et sous estimée. Son étude est donc d'une importance capitale d'autant plus que des outils diagnostiques à savoir les critères diagnostics du DSM v sont bien établis et reconnus par la communauté scientifique.

L'analyse des données que nous avons recueillies dans notre étude nous a permis de dégager les points suivants :

- La prévalence du TDPM chez nos patientes est de 22%
- La prévalence du TDPM dans notre échantillon est élevée par rapport aux études menées dans ce sens.
- Le TDPM est prédominant chez les femmes ayant un niveau socio économique élevé, un niveau d'instruction élevé
- Le TDPM est corrélé à un antécédant de fausses couches, d'avortement
- Le TDPM prédominant chez les consommatrices de toxiques.
- Le TDPM est corrélé à l'antécédant de trouble de l'humeur ou d'anxiété généralisée.

Toutes ces données imposent une intervention auprès des patientes souffrant de TDPM ,, depuis le dépistage à l'instauration d'une stratégie thérapeutique efficace, par palliers, afin de remédier à ce trouble handicapant le fonctionnement socio professionnel.



## *ANNEXES*



*Questionnaire de thèse: La prévalence du trouble dysphorique au cours du syndrome prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale*

**Caractéristiques socio - démographiques:**

1) Cochez la case correspondant à votre groupe d'âge:

- 18-19
- 19-20
- 20-21
- 21+

2) Quel est votre milieu de résidence?

- urbain
- rural

3) Quel est votre niveau de scolarisation ?

- < lycée
- lycée
- > lycée

4) Quel est le niveau de scolarisation de votre père

- < lycée
- lycée
- > lycée

5) Quel est le niveau de scolarisation de votre mère

- < lycée
- lycée
- > lycée

6) quel est votre IMC

- <30
- > 30

7) Quel est votre niveau d'activité physique:

- sédentaire
- active

**Antécédants gynéco-obstétricaux**

1) cochez la case correspondant à votre ménarche:

- < 12
- >12

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

2) votre cycle menstruel est

- régulier
- irrégulier

3) votre cycle menstruel dure habituellement:

- < 3 J
- 3-7 J
- > 7J

4) Vous êtes

- mariée
- célibataire

5) si mariée: quelle est votre gésité ?                      votre parité ?

6) avez vous un antécédent de fausse couche ?

- oui
- non

7) avez vous un antécédant d'avortement proué?

- oui
- non

8) avez vous un antécédant familial de syndrome prémenstruel ?

- oui
- non

Antécédants médicaux:

9) êtes vous sous pilule contraceptive ?

- oui
- non

10) êtes vous suivie pour l'une des pathologies suivantes? cochez la case correspondant à la réponse:



**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

	OUI	NON
<b>épilepsie</b>		
<b>trouble thyroïdien</b>		
<b>maladie de système</b>		
<b>endométriose</b>		
<b>cancer ou chimiothérapie</b>		

11) avez vous un antécédant de pathologie psychiatrique ?

	OUI	NON
<b>Trouble dépressif</b>		
<b>trouble d'anxiété</b>		
<b>trouble des conduites alimentaires</b>		
<b>trouble d'utilisation des substances</b>		

**Etude de la période prémenstruelle :**

**1- symptômes somatiques au cours de la période prémenstruelle :**

1) ressentez vous les symptômes suivants au cours de votre période prémenstruelle ? cochez la case correspondant à la réponse pour chaque proposition:

	OUI	NON

La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa

	OUI	NON
gonflement ou tension mammaire		
hypersensibilité mammaire		
ballonnement abdominal		
céphalées		
douleurs pelviennes ou lombosacrées		
prise de poids		
sensation d'enfler		

2) Si présents, à partir de quel jour avant le début de vos règles habituellement:

2-3 J

5-7 J

>15J

3) Si présents, direz vous que :

	OUI	NON
ils sont présents constamment (chaque jour) de leur début jusqu'à la survenue de vos règles		
ils s'améliorent dès le début de vos menstruations		
ils sont ABSCENTS la semaine qui suit vos menstruations		
ils sont présents lors de chaque cycle menstruel		

**2- symptômes psycho-affectifs au cours de la période prémenstruelle :**

1) ressentez vous les symptômes suivants au cours de votre période prémenstruelle ? cochez la case correspondant à la réponse pour chaque proposition:

	OUI	NON
<b>Labilité émotionnelle marquée</b>		
<b>envie brusque de pleurer</b>		
<b>sensibilité au rejet par autrui</b>		
<b>augmentation des conflits interpersonnels</b>		
<b>irritation marquée ou colère</b>		
<b>humeur dépressive marquée</b>		
<b>sentiment de désespoir</b>		
<b>anxiété marquée</b>		
<b>sentiment de tension ou nervosité</b>		
<b>idées d'autodépréciation</b>		

2) Si présents, à partir de quel jour avant le début de vos règles habituellement:

2-3 J

5-7 J

>15J

3) Si présents, direz vous que :

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

	OUI	NON
ils sont présents constamment (chaque jour) de leur début jusqu'à la survenue de vos règles		
ils s'améliorent dès le début de vos menstruations		
ils sont ABSCENTS la semaine qui suit vos menstruations		
ils sont présents lors de chaque cycle menstruel		

**3- symptômes comportementaux au cours de la période prémenstruelle:**

- 1) ressentez vous les symptômes suivants au cours de votre période prémenstruelle ? cochez la case correspondant à la réponse pour chaque proposition:

	OUI	NON
diminution d'intérêt pour les activités quotidiennes		
difficultés de concentration		
perte d'énergie ou fatigue marquée		
boulimie		
anorexie		
envie impérieuse de sucré ou salé		
insomnie ou hypersomnie		

**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

	OUI	NON
<b>sentiment d'être débordée</b>		

2) Si présents, à partir de quel jour avant le début de vos règles habituellement:

2-3 J

5-7 J

>15J

3) Si présents, direz vous que :

	OUI	NON
<b>ils sont présents constamment (chaque jour) de leur début jusqu'à la survenue de vos règles</b>		
<b>ils s'améliorent dès le début de vos menstruations</b>		
<b>ils sont ABSCENTS la semaine qui suit vos menstruations</b>		
<b>ils sont présents lors de chaque cycle menstruel</b>		

**4 - Impact sur la qualité de vie:**

êtes vous sujette aux situations suivantes durant votre période prémenstruelle: Cochez la case correspondant à la réponse pour chaque proposition

	OUI	NON
<b>Diminution de la concentration en classe ou au travail ?</b>		
<b>diminution de la productivité en classe ou au travail ?</b>		

La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa

---

	OUI	NON
<b>absentéisme au travail / école ?</b>		
<b>évitement des activités sociales ou isolement ? ( rendre visite à la famille / amis)</b>		
<b>participation aux tâches ménagères ?</b>		



## *RESUMES*



## Résumé :

Le trouble dysphorique prémenstruel est une forme sévère du spm, avec des symptômes psychoaffectifs et comportementaux au premier plan, mais surtout un retentissement marqué sur la qualité de vie autour de la période menstruelle, ce qui rend les patientes qui en sont sujettes particulièrement vulnérables à cette période du cycle menstruel.

Désigné comme une entité pathologique à part dans le DSM IV, et sous mis à des critères diagnostiques spécifiques par l'acog, ce n'est que récemment au cours du 20<sup>e</sup> siècle que la communauté scientifique s'est penché sur ce syndrome bien longtemps passé sous silence, méconnu, et sous estimé, et qui représente un réel fardeau pour les femmes qui le vivent.

A travers cette thèse le but de notre étude est de calculer la prévalence du trouble dysphorique prémenstruel, et pour cela nous avons mené une étude transversale rétrospective sur un échantillon de 300 patientes de la ville d'agadir au niveau de la région souss massa draa. Les résultats obtenus étaient confrontés à ceux de la littérature.

La prévalence du TDPM était de 22,7%, ce qui reste élevé comparé aux études menées par d'autres auteurs dans d'autres pays. Une corrélation a été établie entre le tdpm et le haut niveau de vie, le niveau de scolarisation, la prise de toxiques, la présence d'antécédants gyneco obstétricaux, ces facteurs étaient associés à une haute prévalence de TDPM.

Il paraît ainsi que le TDPM, bien souvent sous diagnostiqué, est un fléau qui existe au sein de la population féminine et qu'il reste handicapant, il est donc nécessaire de le vulgariser au sein de la communauté médicale, de mettre en œuvre des stratégies de dépistage, surtout que des traitements à la fois médicamenteux et non médicamenteux existent.



## Abstract

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) is a severe form of PMS, with psycho-emotional and behavioral symptoms in the foreground, but above all a marked impact on the quality of life around the menstrual period, which makes patients who are subject to it particularly vulnerable at this time of the menstrual cycle.

Designated as a separate pathological entity in the DSM IV, and under specific diagnostic criteria by the acog, it is only recently during the 20th century that the scientific community has focused on this syndrome which has long been ignored, underestimated, and which represents a real burden for the women who experience it.

Through this thesis the aim of our study is to calculate the prevalence of premenstrual dysphoric disorder, and for this we conducted a retrospective cross-sectional study on a sample of 300 patients in the city of Agadir at the level of the region souss massa draa. The results obtained were compared with those of the literature.

The prevalence of PMDD was 22.7%, which remains high compared to studies conducted by other authors in other countries. A correlation was established between PMDD and high standard of living, level of education, use of drugs, and the presence of obstetrical and gynecological antecedents; these factors were associated with a high prevalence of PMDD.

It appears that PMDD, often under-diagnosed, is a scourge that exists in the female population and that it remains disabling. It is therefore necessary to popularize it within the medical community, to implement screening strategies, especially since both drug and non-drug treatments exist.

Psychological disturbances experienced by women during the premenstrual phase are very frequent and in most cases minor. However, 3 to 8% of women suffer severely from them, requiring medical support (premenstrual dysphoric disorder). The objective of this study was to evaluate the prevalence of late luteal phase dysphoric disorder (LPMDD) over a single menstrual

cycle in a representative sample of the general population of Casablanca. Among the 618 women interviewed, aged between 20 and 50 years, during the study period, 310 women met DSM IV criteria A, B, and C for LPMD, i.e. a prevalence of 50.2%. It should be noted that criterion D of the prospective assessment was not applied, as the disorder could not be assessed over several cycles. The mean age of women with the disorder was 32.2 8 years, with extremes ranging from 20 to 50 years; 54.8% (n = 170) were married, 33.9% (n = 105) were single. More than two thirds (66.5%, n = 139) of the subjects had 1 to 4 children and 20.1% (n = 85) had more. In this study, 73.9% (n = 229) of the women reported disruptions in their family, marital and professional relationships secondary to psychological disturbances during the premenstrual phase. These results confirm those of other studies in this field. Particular attention must be paid to the treatment of this clinical form to improve the quality of life of these women who suffer from this condition.

## ملخص

اضطراب المزاج السابق للحيض (PMDD) هو شكل حاد من متلازمة ما قبل الحيض ، مع ظهور أعراض نفسية وعاطفية وسلوكية في المقدمة ، ولكن قبل كل شيء له تأثير ملحوظ على نوعية الحياة حول فترة الحيض ، مما يجعل المرضى المعرضين له أكثر عرضة للإصابة به. في هذا الوقت من الدورة الشهرية.

تم تعيينه ككيان مرضي منفصل في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية IV ، وتحت معايير تشخيصية محددة من قبل ACOG ، لم يركز المجتمع العلمي على هذه المتلازمة إلا مؤخرًا خلال القرن العشرين والتي تم تجاهلها منذ فترة طويلة ، والتقليل من شأنها ، والتي تمثل حقيقة واقعة. عبء على النساء اللواتي يعانين منه.

من خلال هذه الأطروحة الهدف من دراستنا هو حساب انتشار اضطراب ما قبل الحيض المزاج ، ولهذا أجرينا دراسة مقطعية بأثر رجعي على عينة من 300 مريض في مدينة أكادير على مستوى منطقة سوس ماسة درعة. تمت مقارنة النتائج التي تم الحصول عليها مع تلك الموجودة في الأدبيات.

بلغ انتشار PMDD 22.7 ٪ ، وهي نسبة لا تزال مرتفعة مقارنة بالدراسات التي أجراها مؤلفون آخرون في بلدان أخرى. تم إنشاء علاقة بين PMDD ومستوى المعيشة المرتفع ، ومستوى التعليم ، واستخدام الأدوية ، ووجود سوابق التوليد وأمراض النساء ؛ ارتبطت هذه العوامل بارتفاع معدل انتشار PMDD.

يبدو أن PMDD ، الذي غالبًا ما لا يتم تشخيصه بشكل جيد ، هو بلاء موجود في السكان الإناث وأنه لا يزال يعطل. لذلك من الضروري تعميمها داخل المجتمع الطبي ، لتنفيذ استراتيجيات الفحص ، خاصة وأن العلاجات الدوائية وغير الدوائية موجودة.

الاضطرابات النفسية التي تعاني منها المرأة خلال مرحلة ما قبل الحيض متكررة للغاية وتكون طفيفة في معظم الحالات. ومع ذلك ، فإن 3 إلى 8 ٪ من النساء يعانين بشدة منهن ، ويتطلبن دعمًا طبيًا (اضطراب ما قبل الحيض المزاج). كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم مدى انتشار اضطراب المزاج في المرحلة

الأصفرية المتأخرة (LPMDD) على مدى دورة شهرية واحدة في عينة تمثيلية من عامة السكان في الدار البيضاء. من بين 618 امرأة تمت مقابلتهم ، تتراوح أعمارهن بين 20 و 50 عامًا ، خلال فترة الدراسة ، استوفيت 310 امرأة معايير DSM IV A و B و C لـ LPMDD ، أي بنسبة انتشار بلغت 50.2%. وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتم تطبيق المعيار D للتقييم المستقبلي ، حيث لا يمكن تقييم الاضطراب على مدى عدة دورات. كان متوسط عمر النساء المصابات بهذا الاضطراب 32.2 سنوات ، وتتراوح أقصى درجات العمر بين 20 و 50 سنة ؛ 54.8% (ن = 170) متزوجون ، 33.9% (ن = 105) عازبون. كان لدى أكثر من ثلثي (66.5% ، ن = 139) من 1 إلى 4 أطفال و 20.1% (ن = 85) لديهم أكثر. في هذه الدراسة ، 73.9% (العدد = 229) من النساء أبلغن عن اضطرابات في العلاقات الأسرية والزوجية والمهنية ثانوية للاضطرابات النفسية خلال مرحلة ما قبل الحيض. تؤكد هذه النتائج نتائج دراسات أخرى في هذا المجال. يجب إيلاء اهتمام خاص لعلاج هذا الشكل السريري لتحسين نوعية حياة هؤلاء النساء اللاتي يعانين من هذه الحالة.



## *BIBLIOGRAPHIE*



**La prévalence du trouble dysphorique prémenstruel chez la femme en période d'activité génitale chez dans la région de Souss Massa Drâa**

---

1. **G. Benjelloun, A. Pelissolo. Diagnostic et traitements médicamenteux.**  
Annales Médico Psychologiques 161 (2003) 351–358 , 2002
2. **F. Zaafranea,\*, R. Falehb, W. Melkia, M. Sakouhib, L. Gahaa.**  
Le syndrome prémenstruel : revue générale An overview of premenstrual syndrome, 2007
3. **Laura Piccand .**  
Du syndrome prémenstruel au trouble dysphorique prémenstruel. Une reconfiguration des représentations sur la vulnérabilité des femmes , 2012
4. **Fabien Vaudoyer .**  
LE SYNDROME PREMENSTRUEL
5. **F. Bianchi–Demicheli \*, F. Lüdicke, A. Campana .**  
Trouble dysphorique prémenstruel : approche et traitement  
Premenstrual dysphoric disorder: approach and treatment , Gynécologie Obstétrique & Fertilité 31 (2003) 49–54
6. **F. Bianchi–Demicheli .**  
Le trouble dysphorique prémenstruel : diagnostic et stratégie thérapeutique , Rev Med Suisse 2006; volume 2. 31044
7. **S Milligan, J Kalita, V Pocock, A Heyerick, L De Cooman, H Rong,**  
and D De Keukeleire. Oestrogenic activity of the hop phyto– oestrogen, 8–prenylnaringenin.  
Reproduction (2002) 123 235–242
8. **Diancoumba Aminata.**  
CONNAISSANCE DU CYCLE MENSTRUEL ET ATTITUDE PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DES ÉTUDIANTES DE LA FMOS, 2020
9. **David Haenggi–Bally .**  
Le syndrome prémenstruel , Forum Med Suisse 2007;7:834–838 834
10. **Uriel Halbreich a,\*, Jeff Borenstein b, Terry Pearlstein c, Linda S. Kahn a .**  
The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD), Psychoneuroendocrinology 28 (2003) 1–23
11. **H.–U. WITTCHEN,4 E. BECKER, R. LIEB ans P. KRAUSE.**  
Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community ,  
*Psychological Medicine*, 2002, 32, 119–132.
12. **Sibil Tschudin & Paola Coda Bertea & Elisabeth Zemp .**  
Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population–based sample , Arch Womens Ment Health (2010) 13:485–494
13. **T. Takeda, K. Tasaka, M. Sakata, and Y. Murata.**  
Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women , Arch Womens Ment Health (2006) 9: 209–212

14. Soo-Ho Chung, Tae-Hee Kim, Hae-Hyeog Lee, Arum Lee, Dong-Su Jeon, Junsik Park, Yesol Kim. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Perimenopausal Women , *Journal of Menopausal Medicine* 2014;20:69–74
15. REBECCA L. ROBINSON, M.S.,<sup>1</sup> and RALPH W. SWINDLE, Ph.D.<sup>2,3</sup>. Premenstrual Symptom Severity: Impact on Social Functioning and Treatment-Seeking Behaviors , *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH & GENDER-BASED MEDICINE* Volume 9, Number 7, 2000
16. Mingqi Qiao a,\*, Huiyun Zhang a, Huimin Liu a, Songping Luo b, Tianfang Wang c, Junlong Zhang d, Lijin Ji. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 162 (2012) 83–86
17. S. H. HAMAIDEH<sup>1</sup> PhD RN, S. A. AL-ASHRAM<sup>3</sup> MSN RN & H. AL-MODALLAL<sup>2</sup> PhD RN. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014, 21, 60–68
18. Lee S. Cohena,<sup>b,\*</sup> Claudio N. Soares<sup>a,b</sup>, Michael W. Otto<sup>a</sup>, Bernadette H. Sweeney<sup>b, c</sup>, a,c. Rebecca F. Liberman , Bernard L. Harlow . Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women The Harvard Study of Moods and Cycles , *Journal of Affective Disorders* 70 (2002) 125–132
19. Nour Mohammad Bakhshani,<sup>1</sup> Mahnaz Nowroozi Mousavi,<sup>2</sup> Golbahar Khodabandeh<sup>3</sup>. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students , 2005
20. Abla Albsoul-Younes PhD<sup>1</sup> , Eman Alefishat PhD<sup>1</sup> Rana Abu Farha PhD<sup>1,2</sup> , Lina Tashman Pharm D , Enas Hijjeh Pharm D<sup>1</sup> Rasha AlKhatib Pharm D<sup>1</sup> . Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorders among Jordanian women , 2017
21. BIANCHI-DEMICHELI, Francesco; LUEDICKE, Frank; LUCAS, Hervé et CHARDONNENS, Didier (2002). «Premenstrual dysphoric disorder : current status of treatment» in *Swiss Medical Weekly*, 132, pp. 574–578.
22. BIANCHI-DEMICHELI, Francesco, LUEDICKE, Frank et CAMPANA Aldo (2003). «Trouble dysphorique prémenstruel : approche et traitement» in *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 31, pp. 49–54.
23. FRANCK, Robert T. (1931). «The hormonal Causes of Premenstrual Tension», *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 26, pp. 2053–2057.

24. **GREENE, Robert et DALTON,**  
Katharina (1953). «The premenstrual syndrome», *British Medical Journal*, no 100, pp. 1–14.
25. **HAENGGI-BALLY, David**  
(2007). «Le syndrome prémenstruel» in *Forum médical suisse*, 7, pp. 834–838.
26. **HUGIN-FLORES, Mirza et STEIMER,**  
Thierry (2002). «Physiopathologie du trouble dysphorique prémenstruel» in *Revue médicale suisse* (anciennement *Médecine et Hygiène*), 2387, 10 avril 1002. .
27. **American psychiatric Association.**  
Diagnostic and statistical  
a. manual of mental disorders–DSM–IV (4th edn). Washington DC:
28. **American Psychiatric Association, 1994.**  
ACOG practice bulletin: premenstrual syndrome. *Int J Gynecol Obstet* 2001; **73**: 183–91.
29. **Johnson SR, McChesney C, Bean JA.**  
Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample—I: Prevalence, natural history and help-seeking behavior. *J Repro Med* 1988; **33**: 340–46.
30. **Deuster P, Adera T, South–Paul J.**  
Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999; **8**: 122–28.
31. **Ramacharan S, Love EJ, Fick GH, Goldfien A.**  
The epidemiology of 34 premenstrual symptoms in a population based sample of 2650 urban women. *J Clin Epidemiol* 1992; **45**: 377–81.
32. **Woods NF, Most A, Dery GK.**  
Prevalence of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health* 1982; **72**: 1257–64.
33. **Andersch B, Wendestam C, Hahn L, Ohman R.**  
Premenstrual complaints. Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1986; **5**: 39–49.
34. **Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, Endicott J.**  
The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001; **37 104**: 110–16.
35. **Wittchen H, Becker E, Lieb R, Krause P.**  
Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002; **32**: 119–132.
36. **Rivera–Tovar AD, Frank E.**  
Late luteal phase dysphoric disorder in a young women. *Am J Psychiatry* 1990; **147**: 1634–36. 39



**37. Soares C, Cohen L, Otto M, Harlow B.**

Characteristics of women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) who did or did not report history of depression: a preliminary report from the Harvard study of 40 moods and cycles. *J Women's Health Gen Based Med* 2001; **10**: 873-78.

**38. Borenstein J, Dean B, Endicott J, et al.**

Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 2003; **48**: 515-24.

**39. Pearlstein T, Yonkers K, Fayyad R, Gillespie J.**

Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord* 2005; **85**: 275-82.

**40. Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Kerr J.**

Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a 42 community-based sample in the Midwestern United States. *Psychiatr Res* 2005; **134**: 27-36.

**41. Sternfeld B, Swindle R, Chawla A, Long S, Kennedy S.**

Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol* 2002; **99**: 1014-24.

**42. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR.**

Premenstrual syndrome: Evidence for symptom stability across cycles. *Am J Psychiatry* 1997; **154**: 1741-46.

**43. Steiner M, Born. L.**

Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; **15** (suppl 3): S5-17.

**44. Pearlstein TB, Frank E, Rivera-Tovar A, Thoft JS, Jacobs E, Mieczkowski TA.**

Prevalence of axis I and axis II disorders in women with late luteal phase dysphoric disorder. *J Affect Disord* 1990; **20**: 129-34.

**45. Halbreich U, Endicott J.**

Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985; **71**: 331-38.

**46. Mackenzie TB, Wilcox K, Baron H.**

Lifetime prevalence of psychiatric disorders in women with perimenstrual difficulties. *J Affect Disord* 1986; **10**: 15-19.

**47. Richards M, Rubinow DR, Daly RC, Schmidt PJ.**

Premenstrual symptoms and perimenopausal depression. *Am J Psychiatry* 2006; **163**: 133-37.

**48. Studd JWW, Smith RNJ.**

Estrogens and depression in women. *Menopause: J North Am Menopause Soc* 1994; **1**: 33-37.

49. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; **157**: 924–30.
50. Landen M, Eriksson E. How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders? *Depress Anxiety* 2003; **17**: 122–29.
51. Yonkers KA. Anxiety symptoms and anxiety disorders: How are they related to premenstrual disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; **58**: 62–67.
52. Rapkin AJ, Pollack DB, Raleigh MJ, Stone B, McGuire MT.  
a. Menstrual cycle and social behavior in vervet monkeys.  
b. *Psychoneuroendocrinology* 1995; **20**: 289–97.
53. Ho H-P, Olsson M, Westberg L, Melke J, Eriksson E. The Leather AT, Studd JW, Watson NR, Holland EF. The treatment of severe premenstrual syndrome with goserelin with and without “add-back” estrogen therapy: a placebo-controlled study. *Gynecol Endocrinol* 1999; **13**: 48–55.
54. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *N Engl J Med* 1998; **338**: 209–16.
55. Smith SS, Ruderman Y, Frye C, Homanics G, Yuan M. Steroid withdrawal in the mouse results in anxiogenic effects of 3alpha, 5beta-THP: a possible model of premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacology* 2005; **29**: 1–11.
56. Sundstrom Poromaa I, Smith S, Gulinello M. GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Women Ment Health* 2003; **6**: 23–41.
57. Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Obhrai M, O’Brien S. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 2001; **323**: 776–81.
58. Schmidt PJ, Nieman LK, Grover GN, Muller KL, Merriam GR, Rubinow DR. Lack of effect of induced menses on symptoms in women with premenstrual syndrome. *N Engl J Med* 1991; **324**: 1174–79.
59. Hammarback S, Backstrom T, Holst J, von Schoultz B, Lyrenas S. Cyclical mood changes as in the premenstrual tension syndrome during sequential estrogen-progestagen postmenopausal replacement therapy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; **64**: 393–97.



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلاً وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

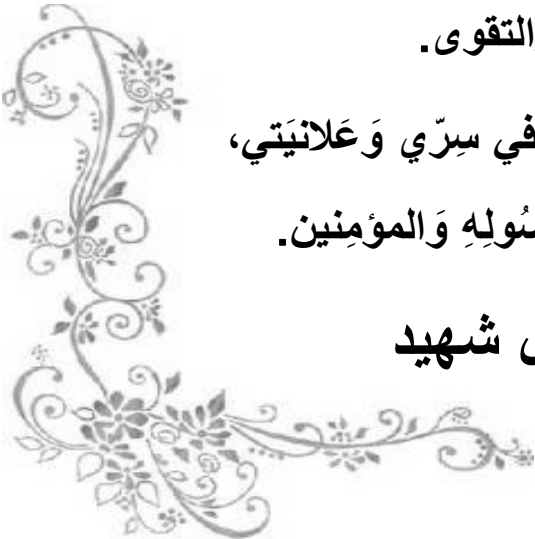
وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أبا لكل زميل في المهنة الطبية  
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



أطروحة رقم 241

سنة 2022

## انتشار اضطراب ما قبل الحيض المزعج عند النساء في فترة النشاط التناسلي بمنطقة سوس ماسة درعة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/09/29

من طرف

السيدة ليلى أرجدال

المزداد في 29/04/1991 ب الرباط

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الانتشار - عوامل الخطر لاضطراب المزعج السابق للحيض

### اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



ن. الأنصاري

أستاذة في طب أمراض الغدد والسكري

ا. عدالي

أستاذة في الطب النفسي

ب. فاخر

أستاذة في طب النساء

م. لفنيتي

أستاذ في الطب النفسي

السيدة

السيدة

السيدة

السيد

